

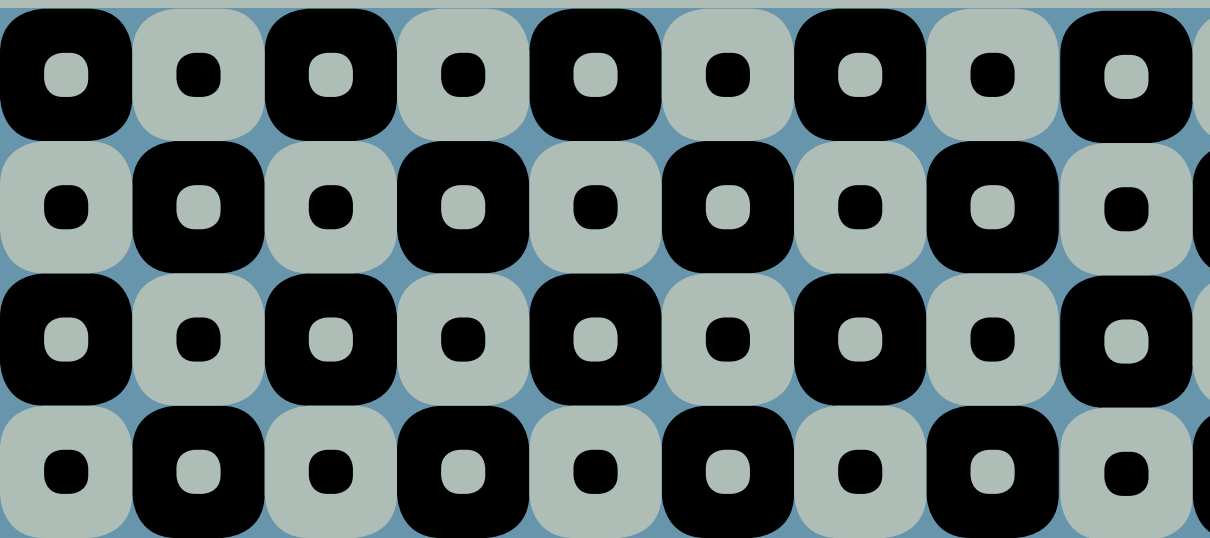
Politiche sociali 5

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

a cura di
Alessandra Sannella e Franco Toniolo



Edizioni
Ca' Foscari



VISIT...

LANZAROTE
Caliente.COM

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

Politiche sociali: studi e ricerche

Collana diretta da
Stefano Campostrini

5



Edizioni
Ca' Foscari

Politiche sociali: studi e ricerche

Collana scientifica del Centro di Ricerca sulle Politiche Sociali (CPS)

Direttore scientifico

Stefano Campostrini (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Comitato scientifico

Luigi Benvenuti (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Giovanni Bertin (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Silvio Giove (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Fabrizio Panozzo (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Dino Rizzi (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Gaetano Ziliograndi (Università Ca' Foscari Venezia, Italia)

Alex Robertson (The University of Edinburgh, Scotland, UK)

David McQueen (Emory University, Atlanta, USA)

Direzione e redazione

Dipartimento di Economia

Università Ca' Foscari Venezia

Fondamenta San Giobbe, Cannaregio 873

30121 Venezia

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

a cura di

Alessandra Sannella e Franco Toniolo

Venezia

Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing

2015

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation
Alessandra Sannella, Franco Toniolo (a cura di).

© 2015 Alessandra Sannella, Franco Toniolo

© 2015 Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing per la presente edizione

Qualunque parte di questa pubblicazione può essere riprodotta, memorizzata in un sistema di recupero dati o trasmessa in qualsiasi forma o con qualsiasi mezzo, elettronico o meccanico, senza autorizzazione, a condizione che se ne citi la fonte.

Any part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means without permission provided that the source is fully credited.

Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing
Università Ca' Foscari Venezia
Dorsoduro 3246
30123 Venezia
<http://edizionicaufoscari.unive.it/>
ecf@unive.it

1a edizione settembre 2015
ISBN 978-88-6969-032-7 (pdf)

Progetto grafico di copertina: Studio Girardi, Venezia | Edizioni Ca' Foscari

Certificazione scientifica delle Opere pubblicate da Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing: tutti i saggi pubblicati hanno ottenuto il parere favorevole da parte di valutatori esperti della materia, attraverso un processo di revisione anonima sotto la responsabilità del Comitato scientifico della collana. La valutazione è stata condotta in aderenza ai criteri scientifici ed editoriali di Edizioni Ca' Foscari.

Scientific certification of the works published by Edizioni Ca' Foscari - Digital Publishing: all essays published in this volume have received a favourable opinion by subject-matter experts, through an anonymous peer review process under the responsibility of the Scientific Committee of the series. The evaluations were conducted in adherence to the scientific and editorial criteria established by Edizioni Ca' Foscari.

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

a cura di Alessandra Sannella e Franco Toniolo

Sommario

Sen. Emilia Grazia De Biasi Sistemi socio-sanitari	9
Alessandra Sannella, Franco Toniolo Introduzione	11
INTERVENTI	
Carmine Clemente Verso quali diritti sociali nelle attuali dinamiche di welfare?	21
Cleto Corposanto, Beba Molinari Rilevare dati sul web: la cassetta degli attrezzi 2.0	33
Leonardo Altieri Progettazione e valutazione, tra 'buone prassi' e web	51
Alessandra Sannella Innovazione e sanità nel dibattito dello spazio europeo	67
Franco Toniolo Riflessioni sui sistemi sanitari e le nuove sfide	75
Pietro Paolo Guzzo Pensare la crisi tra sociologia e politiche di social innovation Appunti sul mutamento nei sistemi sanitari	81

ESPERIENZE

Anna Apicella, Elio Garbarino, Lucia Tulumiero

**Il modello per la sicurezza del paziente della ASL 2 Savonese:
verso una organizzazione resiliente** 99

Silvia Cervia

**Quando la partecipazione promuove social innovation:
il caso del Consejo de Salud catalano** 113

Cordella Barbara, Greco Francesca,
Natalia De Nigris, Angelita Castellani

**La prospettiva biopsicosociale nella rappresentazione
dei medici di medicina generale di Roma** 133

Rocco Di Santo

L'attività redistributiva dei servizi di welfare 153

Maria Grazia De Vivo

Soli mai! 159

Maria Femiano, Roberta Pelliccia

**Metodologie e strumenti di lavoro per la riprogettazione
e implementazione di un nuovo modello aziendale
di Porta Unitaria di Accesso (PUA)** 167

Lucia Ferrara, Verdiana Morando, Alessandro Colombo

**Cure a casa: indicazioni di policy per innovare l'integrazione
socio-sanitaria** 179

Nadia Lodi

Riannodando i fili...

Un'analisi sociologica della Casa contro la violenza
alle Donne di Modena 195

Tiziana Mangarella

**La costruzione della cultura della prevenzione
in preadolescenza e adolescenza** 203

Pasquale Marino

La farmacia sociale

Un nuovo modello di farmacia attenta ai bisogni del cittadino 223

Giulia Palazzolo	
Le Società della Salute oltre la sperimentazione	
Innovazioni organizzative nel sistema socio-sanitario toscano	231
Claudio Poggi, Giovanni Fiore, Antonello Taranto	
Stili di vita e consumo di alcol secondo una ricerca condotta tra gli anziani della provincia di Bari	243
Giuseppe Tribuzio	
Solidarietà e comunità nell'integrazione socio-sanitaria	259
Appendice	
Storia della SISS	273
Profili degli Autori	275

Sistemi socio-sanitari

Sen. Emilia Grazia De Biasi

È vero, questo è un periodo in cui ci aspettano nuove sfide nel mondo, in Europa e qui da noi, in Italia. C'è una crisi economica senza precedenti alla quale è nostro dovere far fronte perché si possa guardare al futuro con occhi diversi, avendo a cuore soprattutto le nuove generazioni. La mia è una premessa d'obbligo perché questa crisi rischia di mettere pesantemente in discussione diritti fondamentali per i cittadini, diritti, come quello alla salute, sanciti dalla nostra Costituzione. Quindi, a mio giudizio, è indispensabile preservare il nostro sistema sanitario universalistico, l'unico ancora presente in Europa, combattendo sprechi e puntando decisamente sull'innovazione.

Altra premessa d'obbligo: non possiamo più consentire che si dica che la sanità italiana è una cattiva sanità: non è vero. Come non è vero che nella sanità italiana si spende e si spande anzi, per quanto la spesa sanitaria sia lievitata in questi anni lo è stata meno che in altri paesi del vecchio continente visto che l'Italia spende, rispetto al PIL il 2% in meno degli altri Paesi europei. Ciò premesso, non dobbiamo nasconderci che lo spreco esiste e che bisogna intervenire con massima decisione e tempestività per abbatterlo e anche per evitare strumentalizzazioni finalizzate al solo scopo di andare a colpire il nostro sistema sanitario così come lo abbiamo conosciuto finora: un sistema universalistico, equo e solidale che non guarda al censo, non guarda alla collocazione sociale, non guarda se sei un uomo o una donna e se sei straniero o italiano, che è universale, cioè risponde a tutti, ed è un bene preziosissimo che noi dobbiamo preservare in ogni modo se vogliamo anche che nel nostro Paese cresca la cultura della persona e non solo del paziente come dice il nuovo Codice deontologico dei medici. Le fonti di questo spreco si possono individuare adottando le contromisure necessarie. Una di queste è il potenziamento dell'integrazione socio-sanitaria.

È indispensabile, insomma, il superamento di un modello che io definisco 'ospedalecentrico', potenziando invece un sistema in cui accanto all'ospedale, al quale ricorrere per le patologie acute e i momenti gravi, ci siano strutture territoriali conformate in tanti modi diversi: strutture riabilitative o strutture per curare patologie cosiddette croniche e, cioè, quelle in cui non si muore né si guarisce che ormai sono in crescita, o le non autosufficienze gravissime, come la SLA e le malattie neurodegene-

native. Insomma, un incrocio socio-sanitario che serva a fare in modo che una persona affetta da SLA non sia condannata a morire nel chiuso di una stanza senza poter comunicare, affidandosi qualche volta alla visita del medico, o a terrificanti e dolorosissimi trasferimenti in ospedale, quando alcuni trattamenti si possono fare benissimo a domicilio, con personale altamente qualificato che si può avvalere di pratiche eccezionali, che ci sono nel nostro Paese, come ho potuto verificare di persona. È anche indispensabile una stretta collaborazione fra le diverse figure professionali. Questa sarebbe sicuramente di aiuto ai Comuni che versano nella condizione finanziaria che tutti conosciamo e non sanno in che modo far fronte a queste situazioni. Insomma, mettere insieme, integrare volontariato, il terzo settore e figure sanitarie aiuta sì a risparmiare e contemporaneamente, le povere famiglie e la loro tragica solitudine non sempre presa in considerazione come si dovrebbe. Inoltre a mio giudizio è fondamentale il ruolo che possono svolgere le Regioni.

A questo proposito voglio sottolineare come sia importante arrivare a una chiara definizione del rapporto in campo sanitario fra organi statali e quelli regionali, perché 21 modelli, tanti quante sono le Regioni, così differenti fra di loro rischiano di diventare un ostacolo invece di favorire un rapporto di prossimità con il territorio.

Non possiamo cioè pensare ci sia una sanità a due o, addirittura, a tre velocità che stravolgerebbe il nostro sistema sanitario. Si tratta di un tema sul quale, come Commissione Sanità del Senato, conduciamo una piccola, ma credo significativa, battaglia. Al dramma – così io lo definisco – della impossibilità per le Regioni di operare con lo Stato perché non collegate in rete, si aggiunge un provvedimento che stabilisce che ci siano due sistemi diversi: uno del Ministero dell'Economia e uno del Ministero della Salute, facendo sì che l'innovazione sia così praticamente impossibile. Garantisco che per ovviare a questo problema saremo intransigenti. Questa mia sottolineatura sta a dimostrare come sia indispensabile procedere con più decisione a sistemi di interoperabilità, a partire dai medici di base fino alle Regioni e ai Ministeri, passando per le strutture, di ogni tipo, presenti sul territorio. Sull'importanza dell'innovazione, devo ammetterlo, non c'è grande percezione nel mondo politico, ma è chiaro che siamo di fronte a un'occasione straordinaria e unica per rivedere l'organizzazione di un sistema e mettere in relazione in tempo reale le varie strutture: un cambiamento che modificherebbe radicalmente il modo di pensare la salute e di percepire il SSN da parte dei cittadini che si sentirebbero così 'riconosciuti' dal Servizio Sanitario, proprio perché verrebbe assolto un diritto, il diritto all'informazione, e in ogni luogo d'Italia o d'Europa sarà possibile ricostruire in un attimo la vita sanitaria di ognuno grazie al fascicolo sanitario elettronico. Insomma, si tratta di garantire un diritto indispensabile e, quindi, una conquista di civiltà meravigliosa.

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

a cura di Alessandra Sannella e Franco Toniolo

Introduzione

Alessandra Sannella

Franco Toniolo

Tra gli aspetti maggiormente posti all'attenzione del sociale in questi anni c'è senz'altro il tema della crisi economica e delle sue ricadute sul welfare state. La crisi ha richiamato lo sguardo, inevitabilmente, anche sui sistemi sanitari e sul nuovo concetto emergente di *social innovation*. Si è sollevato quindi un interrogativo importante all'interno dei dibattiti sociologici, in particolar modo tra i professionisti che si occupano di salute e di sistemi di organizzazione sanitaria: come è possibile coniugare assieme il concetto di crisi e quello di innovazione, pur essendo vero che dalle crisi talvolta si crea innovazione? La riflessione sembrava ricadere sulle questioni proprie dell'interpretazione sociologica. Con l'intento di voler ragionare su questo tema, la Società Italiana di Sociologia della Salute (SISS), il 29 maggio 2014 a Roma, ha organizzato un interessante convegno dal titolo *Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation*. Il convegno si è tenuto in due momenti diversi. Una prima sessione ha avuto luogo presso l'Università RomaTre, con gli interventi di sociologi professionali che operano in contesti sanitari e accademici e si occupano di sanità; una seconda sessione ha visto invece coinvolti alcuni tra i massimi esperti di settore e 'tecnici' in campo sanitario, con l'intento di identificare nuove strategie di policy. Quest'ultima sessione si è svolta in modalità di tavola rotonda all'interno della sala ISMU del Senato della Repubblica Italiana ed è stata coordinata dal prof. Costantino Cipolla, Ordinario di Sociologia dell'Università di Bologna. La tavola rotonda si è misurata sulla sfida dell'innovazione e-health, la telemedicina e l'introduzione, nello scenario nazionale, delle Case della Salute. Un'attenzione specifica è stata rivolta alla sostenibilità del sistema e all'umanizzazione delle cure nel panorama della *Global Health*.

Il presente volume raccoglie i contributi presentati in occasione del convegno della SISS da sociologi professionali e accademici. I testi proposti in questo lavoro, seppur dissimili nella loro forma e nei loro contenuti, sono

L'introduzione è frutto di una riflessione comune. Tuttavia, le pagine da p. 1 a p. 3 possono essere attribuite ad Alessandra Sannella, quelle da p. 4 a p. 8 a Franco Toniolo.

tenuti insieme dal filo rosso dall'apporto disciplinare della 'Sociologia della Salute'. Altri, benché non di matrice squisitamente sociologica, sono stati inseriti proprio con l'intento di offrire una riflessione multidisciplinare. Auspichiamo che l'affannosa opera di ricondurre entro una stessa traiettoria l'intenso lavoro dei tanti, sociologi e non, che operano sui temi sanitari possa consentire al lettore, senza pretesa di esaustività, di ricostruire i frammenti di un papiro difficile da ricomporre in merito alle sfide che la società italiana deve affrontare (mettendo in campo la social innovation).

Un dibattito rimane comunque aperto: come va affrontata la crisi economica e sociale, come si possono analizzare adeguatamente le ricadute provocate sui sistemi sanitari e sui cittadini, sia in termini di equità che di umanizzazione delle cure, in epoca di digital society?

L'aspetto emergente in questo scenario di ampio respiro, nei suoi aspetti transdisciplinari, è la prospettiva sociologica centrata sulla social innovation. Questa affronta il tema della 'crisi del sistema' offrendo spunti di riflessione su come si possa far fronte alla frattura creatasi nel welfare, non solo sotto l'aspetto esclusivamente economico ma anche, e soprattutto, in termini di ridefinizione delle strutture ormai obsolete proprie degli attuali assetti sociali in modo tale da proporre un sistema sanitario in grado di ridurre le disuguaglianze. Le limitate risorse finanziarie hanno creato una 'incrinatura' nel welfare che, a sua volta, ha avuto ripercussioni sul sistema sanitario, gravando sui cittadini, sulla loro sicurezza e generando, per effetto cascade, altre crisi. Il crescente interesse per questo fenomeno è orientato a sviluppare delle policy che non facciano 'crollare' il sistema di welfare, ma lo sappiano ri-innovare.

Ogni crisi – per definizione – denuncia l'insostenibilità di una situazione o di un sistema che pure fino a quel momento ha 'funzionato'. La crisi pone sempre termine a un'agonia e, ridefinendo il corso delle possibilità, genera nuovi sistemi che possono essere senz'altro peggiori, ma anche migliori dei precedenti [...] ci mostra la fragilità degli inconsci atteggiamenti salvifici che spesso albergano negli animi degli operatori sociali, dei dirigenti dei servizi e dei policy makers. Un welfare teso a valorizzare le energie umane di tutti i protagonisti coinvolti, anziché a 'risolvere' unilateralmente con le sue costose e a tratti velleitarie tecniche – insomma un welfare più povero e umile – ci porterà in dono un'insperata ricchezza di senso e di risultati (Folgheraiter 2012).

Un panorama così rappresentato va alle origini della società caratterizzata dalla crescita dell'assistenza e del welfare, dobbiamo però confrontarci anche con un'altra emergente trasformazione: quella che vede il radicale rovesciamento degli ospedali-città (Sannella, Sena 2014a) tipici del Novecento e giunge a un'assistenza che 'ritorna' verso il territorio attraverso,

per esempio, le case della salute¹ e la community care (Bertin 2015). L'interrogativo di fondo ha pertanto tenuto conto delle modifiche attuabili in futuro per ottenere la riduzione della complessità del sistema sanitario in epoca di 'deterritorializzazione' delle strutture sanitarie e di digital care. Dal dibattito emergono evidenze da tenere in considerazione nello sviluppo di strategie di policy innovative volte alla produzione di tool utili a orientare i decision maker in termini di equità sia in Italia che nell'Europa delle regioni, ridefinire l'identità delle professioni e amplificare i processi di umanizzazione delle pratiche sanitarie. I riflettori sono così puntati su una salute pubblica che sappia individuare dispositivi specifici per consentire un più equo accesso al Sistema Sanitario Nazionale. Si vuole qui evidenziare il *telos* lasciando emergere la possibilità di riflettere sugli ostacoli presenti nei sistemi dove si crea una sorta di 'crisi' tra la crisi e l'innovazione e, ancora meglio, di attuare in maniera 'virtuosa' la costruzione della salute (Ingrosso 1995) quale valore per la digital society (Cipolla 2013) nel quadro delle social innovation e della tutela della persona umana (tenendo fede quindi alla straordinaria rappresentazione dell'art. 32 della Costituzione italiana).

Dunque, l'innovazione può rappresentare un'opportunità sia in termini di riduzione dei costi che di ottimizzazione all'accesso del cittadino/paziente/cliente/persona al Servizio Sanitario Nazionale. Si mette così in evidenza il rapporto dinamico tra individuo e società in relazione al processo specifico della sfida dell'innovazione e dell'e-health, della telemedicina e dell'e-care (Corposanto, Lombi 2014). Guardando in filigrana la tematica in oggetto, la *liaison* che si intravede è, da un lato, quella dell'importante ruolo svolto dalle istituzioni nella tutela e prevenzione della salute, dall'altro lato, quella relativa al ruolo dei cittadini quale elemento 'attivo' nella promozione della salute pubblica nell'era della digital society (WHO 1948). C'è un altro importante aspetto che è stato messo in evidenza dall'irrompere prepotente della web society: il continuo mutamento della Pubblica Amministrazione nei suoi meccanismi, tempi e modi di rapportarsi all'utente, della stessa validità della normativa. L'uso ormai massivo degli strumenti messi a disposizione dalla rivoluzione digitale può realisticamente far fare passi da gigante per cogliere i 'tradizionali' obiettivi di efficienza, trasparenza e accessibilità. Si possono tralasciare ovviamente i tempi, drasticamente abbattuti (un solo esempio: la PEC), per ricordare gli estenuanti percorsi da intraprendere per qualsiasi pratica, i ping-pong di domanda-risposta-chiarimenti-integrazioni, ecc. Le

1 La casa della salute è da intendersi come la sede pubblica dove trovano collocazione, in uno stesso spazio fisico, i servizi territoriali che erogano prestazioni sanitarie (ivi compresi gli ambulatori di Medicina generale e Specialistica ambulatoriale) e sociali per una determinata e programmata porzione di popolazione. Si consulti in merito l'indirizzo http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=Cure%20primarie&menu=casa.

collaudate procedure burocratiche vengono sconvolte dal tipo di comunicazione che si è affermata, fornita dai nuovi strumenti della web society (e le esemplificazioni non servono). È una rivoluzione rispetto al tradizionale vissuto. Il tutto magari a volte condito da favori più o meno leciti, da prassi dove si può discutere, contrattare, ‘all’italiana’ insomma. La stessa possibilità, concessa a chiunque, di avere informazioni dalle banche dati di università, centri studi, ecc (per non parlare dei motori di ricerca come Google) mette sullo stesso piano i vari potenziali fruitori o concorrenti, indipendentemente dai loro censo e situazione sociale, consentendo un accesso non discriminato. L’uso massiccio di test, come le prove concorsuali, valutati da computer e non da commissioni più o meno competenti (o più o meno compiacenti), dà la dimensione dell’innovazione compiuta. Anche l’accessibilità dei dati e degli atti delle Amministrazioni Pubbliche cambia (si consulti l’indirizzo http://www.governo.it/GovernoInforma/Dossier/riforma_pa/index.html); con meno fatica e più soddisfazione dei cittadini. Non si può dimenticare il faticoso, spesso infruttuoso, tentativo di acquisizione di dati previsto da non lontanissime leggi (la quasi mitica l. 241/90). Oggi è relativamente facile per i singoli entrare in tempo reale in possesso di dati, informazioni, utili ai propri fini; nasce di conseguenza la percezione di sentirsi più cittadini e meno sudditi di uno stato burocratico. Anche se siamo ancora lontani dalle performance davvero efficienti di alcuni Paesi del Nord Europa, tuttavia, seppur in coda, siamo presenti anche noi in questo quadro di innovazione. Questo vale non solo in rapporto allo Stato, ma anche (forse di più) nei confronti delle sue articolazioni: comuni, province, regioni, ASL, ecc. Per quanto riguarda in particolare l’universo della salute, vengono in evidenza importanti innovazioni che la web society ha prepotentemente introdotto o rafforzato (Toniolo 2014): il rapporto medico-paziente e il modo di fare assistenza.

Tralasciando aspetti più squisitamente tecnici e organizzativi (come i sistemi di prenotazione e refertazione online), l’assistenza a domicilio e il monitoraggio a distanza, soprattutto per le malattie croniche, sono ormai largamente praticati. Esempi se ne sono fatti a dismisura: telesoccorso, telecontrollo, teleconsulto ecc. Nelle varie aggregazioni dei medici di Medicina generale e specialisti territoriali (UTAP, AFT ecc.) l’assistito va a farsi visitare quando può (e non quando è aperto l’ambulatorio del proprio medico), trova comunque un medico che con l’ausilio della sua storia/cartella clinica elettronica imposta la cura, prenota gli accertamenti, si consulta con gli specialisti o lo indirizza agli stessi. Se l’assistito è temporaneamente o stabilmente in cura presso strutture residenziali, ormai è possibile monitorarlo in forma efficace attraverso la rete internet. Ed esempi se ne possono fare (e sono stati fatti) a iosa. Un’applicazione foriera di grandi novità è quella recentemente introdotta in Germania, dopo un periodo di sperimentazione negli Stati Uniti. Le Assicurazioni Generali Germania fanno sconti sulla polizza assicurativa dei propri clienti

se questi conducono una vita sana, mentre aumentano i premi se accade il contrario. Con una apposita app si tiene controllato se l'assicurato fa dello sport o del movimento, se ha una dieta corretta e altri simili parametri. Potenza della tecnologia! Non sono mancate perplessità e polemiche e sono emerse questioni sulla privacy, sarà interessante seguirne lo sviluppo. Come si è visto, strumenti potenti sono oggi in mano direttamente all'utente. La possibilità di avere miriadi di informazioni tramite internet mette in evidenza che c'è una banca dati mondiale, consultabile in tempo reale, che può essere un'opportunità, ma anche un rischio. Un'opportunità se si guarda alla rapidità e facilità con cui si ha accesso a informazioni necessarie alla comprensione del proprio stato di salute. Un rischio se invece si tiene conto dei disorientamenti ed errori a cui un facile accesso può condurre, tali da indurre a mettere in discussione il ruolo del proprio medico e la fiducia in lui riposta. Il ruolo del medico e il rapporto medico-paziente erano già cambiati per altri fattori (Cavicchi 2007), ma la web society ha dato un'ulteriore potente accelerazione in questa direzione. E una più marcata centralità del paziente/utente ha stimolato un maggior rapporto anche fra pazienti/utenti. Ai sociologi non poteva sfuggire il ruolo delle associazioni, società, organizzazioni, che a vario titolo intervengono, sostengono, aiutano, mettono in relazione fra loro utenti e pazienti. Le tantissime e attive associazioni, che si sono costituite prevalentemente per patologia (diabetici, cardiopatici, alcolisti, ecc.), offrono un aiuto spesso organizzato e scientifico, anche su impulso e sostegno delle istituzioni pubbliche. Questo è risultato essere un modo per superare le difficoltà e l'inappropriatezza del continuo rivolgersi alla struttura, al professionista, spesso sovraccaricandoli di domande inutili. Un aiuto, quindi, fornito prevalentemente per favorire la diffusione di linee guida, lo scambio di informazioni, ecc. tramite la messa in rete di siti, luoghi, occasioni di confronto. La web society è così di nuovo al centro: essa cambia anche il rapporto fra i medici, i professionisti, gli operatori. Una pennetta/dischetto/tessera può contenere tutta la storia sanitaria, leggibile ovunque un terminale del sistema lo consenta. Con tutte le implicazioni che questo comporta in termini di semplificazione ed efficienza. Per non parlare poi di interventi chirurgici in diretta, trasmessi via satellite a un congresso scientifico e commentati in sala ai partecipanti da qualche illustre professionista. Questo per avere piccoli esempi di innovazione nella formazione continua e nell'aggiornamento di medici e operatori sanitari. I congressi scientifici, i convegni, ecc. d'altra parte si svolgono sempre più frequentemente online (anche per le minori risorse, sia finanziarie che di tempo, a disposizione per gli spostamenti); le biblioteche virtuali, consultabili in ogni momento in tutto il mondo, stanno sostituendo le riviste cartacee, che sopravvivranno (come le altre riviste e giornali) sempre più a stento. Un altro versante – tipicamente sociologico – è stato messo in evidenza: l'evoluzione delle metodologie del confronto fra istituzioni e

società nelle consultazioni per la programmazione e progettazione. Nella nostra esperienza, ci si riferisce in particolare all'ambito socio-sanitario e sociale, dove le associazioni rappresentative di bisogni e interessi sono quasi esclusivamente su base volontaria e quindi spesso non dispongono né di mezzi né di molto tempo. Grazie alla consultazione online il contributo può essere agevolmente assicurato, anche se nei momenti decisivi (in genere l'avvio e la conclusione) nulla può sostituire il confronto diretto, che però ha portato e porta spesso a lunghissime e defatiganti discussioni, non sempre produttive. La web society mette in discussione anche il ruolo della normativa (ci si è riferiti sempre a quella sanitaria e sociale) nella definizione non tanto degli obiettivi, quanto dei tempi e modi per raggiungerli. I vecchi concetti riferiti alla natura della norma (cogente od orientativa, perentoria od ordinatoria) sono ormai pressoché andati in soffitta. Se non nella forma, certo nella sostanza. Chi si azzarda più a ritenere realistica una programmazione di tre anni (in realtà era quasi sempre di cinque), quando non si ha più certezza di risorse (se va bene l'arco è annuale) e cambiano frequentemente regole, strumenti, appaiono nuove possibilità od ostacoli, indotti dal tumultuoso cambiamento in atto (dovuto - e questa volta resuscitiamo un vecchio burocrate - al combinato disposto crisi socio-economica perdurante/web society trionfante, che impone nuovi e rapidi percorsi, a volte la stessa ridefinizione di obiettivi, modi e tempi)? Quindi anche la natura della norma dovrà cambiare e siamo in drammatico ritardo su questo versante. Dovrà essere meno legata agli aspetti formali e più ai risultati, meno espressione del vecchio (e ancora imperante) diritto romano dalle varianti bizantine e più espressione della moderna società (common law). Dal un punto di vista sostanziale non c'è dubbio che il tema dei temi (e non solo in Italia) è la sostenibilità di un Servizio Sanitario Nazionale con le caratteristiche note (universalità, sostanziale gratuità, prevenzione oltre alla cura, ecc.) in un periodo di forte e perdurante crisi. E non ci riferisce solo a quella che stiamo vivendo negli ultimi anni, ma almeno dall'inizio di questo millennio. Non è un caso che il primo 'Patto per la Salute' - massimo strumento di governo del SSN - fra Stato e Regioni sia datato 3 agosto 2000. Il Patto per la Salute tenta di conciliare le disponibilità di bilancio statale con la soddisfazione del bisogno di salute dei cittadini e non si limita a definire il quantum da distribuire e per quali politiche, ma dispone, o almeno incentiva, anche politiche e strumenti istituzionali e sociali per rendere possibile il raggiungimento degli obiettivi di salute (Toniolo 2009). Già agli albori della crisi, che oggi viviamo nella sua fase più acuta, l'analisi e il dibattito sociologico aveva cercato di fornire indicazioni e risposte. Osservando i fenomeni istituzionali e sociali, si era colto il lento, contraddittorio passaggio dal welfare state al welfare mix (Bertin 2012). Si era messo in evidenza un ruolo positivo della comunità locale, in tutte le sue componenti economiche, sociali, istituzionali, nel dare risposte positive, innovative alle crescenti difficoltà del welfare state.

Questa elaborazione (e altre come si vedrà) con il Convegno viene ripresa e collegata alla innovazione che sta stravolgendo il mondo, non solo in termini di sanità e welfare: la digital o web society. L'unanime valutazione è che non si tratta di analizzare questo rivolgimento epocale per interrogarci se sia positivo, negativo, da incentivare, da contrastare. Semplicemente esso è inarrestabile e sta cambiando non solo la vita materiale di ogni giorno, ma anche il modo di fruire i servizi, di esigere i diritti, le stesse istituzioni e le loro organizzazioni. Si tratta semmai, come molti contributi dimostrano, di capire come la sostanza dei diritti sia ancora esigibile in un periodo di forte e perdurante crisi. Si è osservato come in taluni casi sia migliorabile l'accesso a dei servizi, proprio in virtù dei potenti strumenti della digital society. Appare quindi fuori luogo, almeno dal punto di vista dei sociologi della salute e di quanti hanno dato un importante contributo in questo Convegno, la vecchia diatriba (che periodicamente riappare) sulla necessità di cambiare modello di SSN. Magari aprendo a logiche assicurative o privatistiche, propagate come più economiche ed efficienti. È ampiamente dimostrato, anche nel confronto internazionale, che il Servizio Sanitario Nazionale (variamente 'meticcio' in alcune varianti ed esperienze) è quello che offre più servizi, mediamente di buona qualità, con minori costi (la letteratura al riguardo è davvero vasta: da ultimo la recentissima *Indagine parlamentare sulla sostenibilità del SSN*, 2014). La vera scommessa quindi è affrontare le innovazioni di sistema (welfare mix, digital society) in un momento di lunga, strutturale crisi, senza venir meno ai diritti fondamentali di cittadinanza. La salute è uno di questi, certo fra i più importanti. La speranza quindi è che il lavoro, frutto delle riflessioni accademiche, delle esperienze e opinioni di professionisti ed esperti intervenuti, aiuti ad affrontare le difficili sfide che attendono tutti. In particolare quella della sostenibilità, nel mutato contesto descritto.

Rivolghiamo i nostri ringraziamenti a tutti gli autori del testo e ai partecipanti ai lavori congressuali, nonché al Presidente della Società Italiana di Sociologia della Salute (SISS), il prof. Carmine Clemente, ai membri del Direttivo e ai soci SISS, che da anni operano assiduamente per il riconoscimento professionale della figura del 'sociologo in sanità'. Un ringraziamento particolare ai professori Costantino Cipolla, Roberto Cipriani, Giovanni Bertin e all'on. Emilia Grazia De Biasi per il loro fondamentale sostegno scientifico all'iniziativa.

Last but not least, un ringraziamento particolare alla dottoressa Elisabetta Galgani per il suo prezioso lavoro.

Bibliografia

- Barroso, J.M. (2011). *Social Innovation Europe initiative* (Brussels, 17 Marzo) [online]. Discorso alla Commissione Europea del Presidente. Disponibile all'indirizzo http://europa.eu/rapid/press-release_SPEECH-11-190_en.htm (2014-09-25).
- Bertin, G. (2012). *Welfare regionale in Italia* [online]. Venezia: Edizioni Ca' Foscari. Disponibile all'indirizzo <http://www.edizionicaufoscari.unive.it/col/exp/28/144/PoliticheSociali/1> (2014-09-25).
- Bertin, G. (2015) (a cura di). *Medicina specialistica e community care* [online]. Venezia: Edizioni Ca' Foscari. Disponibile all'indirizzo <http://www.edizionicaufoscari.unive.it/col/exp/28/69/PoliticheSociali/4> (2014-09-25).
- Cipolla, C. (2004). *Manuale di sociologia della salute, I: Teoria*. Milano: FrancoAngeli.
- Cipolla, C.; Maturo, A. (2014) (a cura di). *Sociologia della salute e web society*. Milano: FrancoAngeli.
- Folgheraiter, F. (2012). *Sorella crisi: La ricchezza di un welfare povero*. Trento: Erikson.
- Foglietta, F.; Toniolo, F. (2012). *New Models of Governance and Health System Integration*. Milano: FrancoAngeli. Salute e Società, 1.
- Giovannini, E. (2013). *Scegliere il Futuro: Conoscenza e politica al tempo del big data*. Bologna: il Mulino.
- Sannella, A. (2010). *Salute transculturale: Percorsi socio-sanitari*. Milano: FrancoAngeli.
- Sannella, A.; Sena, B. (2014a). «Architetture sociali: il prerequisito dell'organizzazione socio-sanitaria». In: Morrone, A. (a cura di), *L'ospedale San Camillo Forlanini: prospettive e opportunità*. Milano: FrancoAngeli, pp. 28-33. Salute e Società, 2.
- Sannella, A. (2014b). «Tavola Rotonda: Il San-Camillo Forlanini: tra punti di forza e punti di debolezza». In: Morrone, A. (a cura di), *L'ospedale San Camillo Forlanini: prospettive e opportunità*. Milano: FrancoAngeli, pp. 85-91. Salute e Società, 2.
- Toniolo, F. (2010). *Sanità e Regioni: Dalla riforma 'bis' del 1992 al 'Nuovo patto per la salute 2006-2008'*. Milano: FrancoAngeli.
- Toniolo, F. (2014). «Il profilo normativo della progettazione sociale: quale permeabilità verso il web?». In: Cipolla, C. (a cura di), *La progettazione sociale nella web society*. Milano: FrancoAngeli.

Interventi

Verso quali diritti sociali nelle attuali dinamiche di welfare?

Carmine Clemente (Università degli Studi di Bari «Aldo Moro», Italia)

Abstract The debate on welfare systems, in the current context, requires a comparison with the political theme of sustainability-compatibility both on a national and a European level. Health, in Italy, is a fundamental social right of the Individual, considered both as a human being and as a person belonging to a system organized in society. The implementation of this principle is a general interest of the entire society; nevertheless, the economic crisis and the welfare systems, widespread throughout Europe, are weakening the protection of this right. The risk that can result is the increase in inequality, especially in contexts of greater social vulnerability. The evolution of the welfare system, the expansion of freedom and individual rights' claim point at a possible contradiction with the concept/value of solidarity. Thus, there comes a model of society characterized by its urging the financial sustainability of the welfare state and the risk of reduction of the rights to health and social services.

Sommario 1. Introduzione. – 2. L'attuale contesto socio-economico. – 3. Tendenze e prospettive di welfare. – 4. Diritti sociali e solidarietà. – 5. Considerazioni conclusive.

Keywords Welfare systems. Sustainability. Health.

1 Introduzione

I cittadini delle nostre società avanzate non accettano rinunce alle loro libertà per conseguire più elevati standard di tutela e protezione dai rischi. Quando il perseguimento della sicurezza sociale entra in rotta di collisione con l'allargamento degli spazi di libertà, è l'efficienza stessa a risentirne. Emerge, così, un modello di società che, ponendo l'esigenza primaria della sostenibilità finanziaria dello stato sociale, mette in discussione il mantenimento dei diritti ai servizi socio-sanitari.

In questo contesto di rielaborazione razionale della spesa pubblica secondo una visione economicistica – per cui non è più possibile pensare di poter garantire tutti i bisogni di salute – si registrano il cambiamento e la messa in discussione del welfare, dei modelli di welfare e dei principi di cittadinanza e sussidiarietà.

2 L'attuale contesto socio-economico

Ancor prima di analizzare i diritti della persona, e in particolare quello alla salute, che viene descritto dalla Costituzione italiana come fondamentale (ex art. 32), è necessario soffermarsi sulla situazione sociale ed economica che riguarda sia l'Italia sia i Paesi dell'Unione Europea, e sull'impatto che essa sta avendo sui sistemi di welfare.

Un primo punto di dibattito che tiene alta l'attenzione nei contesti internazionali riguarda la tutela della salute e l'apparente paradosso che coinvolge prioritariamente due dimensioni: il progresso scientifico e tecnologico – che è in grado di affrontare e risolvere problematiche sempre più complesse riguardanti la salute e il progressivo invecchiamento della popolazione – e la crescita esponenziale dei bisogni di salute e di assistenza. Se nel decennio che seguì il secondo conflitto mondiale la mortalità precoce e le sue cause erano considerate uno dei prioritari problemi socio-sanitari, oggi, paradossalmente sta diventando un problema questo nostro 'vivere a lungo'.

Questo dibattito conduce, inevitabilmente, ad affrontare il tema politico della sostenibilità-compatibilità dei sistemi di welfare.

Un secondo punto di dibattito è costituito dalla politica economico-monetaria dell'Unione Europea e dal vincolo imposto (fiscal compact) ai governi nazionali nel rispettare misure rigorose per quanto concerne il livello di finanziamento, di disavanzo e di spesa pubblica, che ha portato alla riduzione dei servizi di assistenza in tutti i Paesi europei, specie nel settore della cura, dell'assistenza a lungo termine e dei servizi per gli anziani. Si tratta di un processo antecedente e indipendente dalla recessione economica degli ultimi anni che ha inciso ulteriormente sul livello della spesa pubblica per l'attuazione dei sistemi di protezione sociale.

Questo dibattito conduce soprattutto a due temi politici tra loro collegati. Gli Stati europei e l'UE sono chiamati a garantire effettività sia dei diritti di cittadinanza sociale, previsti nelle rispettive Costituzioni, sia di azioni di protezione, inclusione sociale e contrasto alle disuguaglianze in ambito europeo. Se la politica è chiamata, in un primo momento, a fare delle scelte e a darsi delle priorità, parimenti è chiamata a un'operazione di razionalizzazione delle risorse che, anche attraverso l'elaborazione di nuovi modelli di governance, sia in grado di assicurare maggiore efficienza ed efficacia, in special modo, per i servizi socio-sanitari.

Su questi due temi principali seguirà un'analisi più approfondita che terrà conto, naturalmente, dell'evoluzione dei sistemi di welfare nella transizione verso la cosiddetta modernità, caratterizzata dall'ampliamento delle libertà e dalla rivendicazione di diritti individuali, interpretati spesso in antinomia con il concetto-valore della solidarietà.

3 Tendenze e prospettive di welfare

Nella transizione verso la fase postfordista, per A. Giddens nasce l'esigenza – da sempre il *proprium* dei vari istituti del welfare – di proteggere il cittadino dalle avversità connesse agli andamenti erratici del ciclo economico e agli eventi dei corsi di vita (Dewilde 2003) delle persone (perdita del lavoro, perdita della salute, solitudine).

A tal proposito, Giddens (1997) mostra, con dovizia di particolari, come il passaggio dal rischio esogeno a quello endogeno obblighi a pensare in termini di un sistema di «welfare positivo», capace cioè di aggredire i problemi «della politica della vita», attraverso una mobilitazione di decisioni di vita. Il passaggio dalla fase fordista a quella postfordista della società industriale ha mutato, e sta mutando, la natura propria dei rischi che lo stato sociale ha inteso, fin dall'origine, combattere. Non a caso l'arco temporale che va dal secondo dopoguerra ai primi anni Settanta del secolo scorso è stato definito welfare fordista (Rodger 2000, p. 27), ossia come periodo caratterizzato da un modello di stato sociale di tipo europeo, che riusciva, come sistema pubblico, a garantire sicurezza sociale in un contesto di piena occupazione e sviluppo economico. Lo Stato è legittimato, in questo quadro, a occuparsi di compiti che tradizionalmente spettavano alla famiglia o alle comunità locali.

Allo stesso tempo, però, il processo di modernizzazione ha colpito il principio di solidarietà nelle società occidentali, mettendo in moto un aumento dell'individualismo, all'interno di una cornice di riferimento che non può prescindere dalla libertà e dalla responsabilità individuale e collettiva.

In questo senso, il welfare state moderno, secondo l'interpretazione di M. Ignatieff, viene visto come un tentativo di conciliare l'antinomia della libertà e della solidarietà (1990, p. 136), due valori fondamentali alla base della democrazia, che però sembrano descrivere mondi sociali diversi. La visione solidaristica della vita sociale può sembrare, apparentemente, limitativa della libertà; in realtà, a ben vedere, si può affermare che la conquista delle libertà individuali, prima fra tutte quella dal bisogno, sia stata la conseguenza positiva dell'affermarsi di modelli solidaristici ed universalistici. Nel corso degli ultimi secoli l'importanza di strutture tradizionali quali la classe, la religione e la famiglia, nel lasciare spazio alla vita individuale si è ridimensionata. Sostanzialmente, lo stato sociale moderno è stato plasmato da questo sviluppo evolutivo del processo di individualismo.

Nella prospettiva relazionale, l'individualismo si riferisce all'instabilità crescente o alla mutevolezza delle relazioni sociali personali e intime che, se in un primo periodo ha eroso le comunità locali e le reti familiari estese, oggi insidia l'ultimo bastione della società tradizionale: la famiglia nucleare. Il processo di individualismo ha portato non solo ad un numero crescente di diversi tipi di famiglia, ma anche all'aumento di divorzi e alla

rottura di altri rapporti intimi (Ardigò 2006). Le dinamiche familiari, da questo punto di vista, non sono più presentabili attraverso il concetto di ciclo lineare di vita della famiglia, ma si connotano come fenomeni a spirale (Combrinck, Graham 1985), segnati da cambiamenti che ristrutturano nuovi legami familiari nel percorso di vita dell'individuo e indeboliscono la solidarietà intergenerazionale. Si tratta, in concreto, dell'onere che viene lasciato ai gruppi più giovani di contribuire alle spese necessarie per soddisfare le esigenze delle generazioni più anziane. L'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie a lungo termine determinano costi più elevati per il finanziamento della sanità, mentre, allo stesso tempo, la fascia dei giovani, in diminuzione, è chiamata a trasferire gran parte del proprio reddito per la fiscalità necessaria al mantenimento dei servizi di assistenza. Sostanzialmente si richiede alle giovani generazioni un prelievo di solidarietà per finanziare l'assistenza agli anziani. W. Arts (et al. 2001a) parlano, in questo senso, del rischio di una vera e propria frattura intergenerazionale. Infatti, come emerge da una ricerca effettuata nei Paesi Bassi, una parte crescente della popolazione olandese ha dichiarato, a fronte della richiesta di pagamento di maggiori premi assicurativi per sostenere i servizi sanitari, che non tutti dovrebbero avere diritto alle stesse cure mediche, soprattutto se questi trattamenti sono molto costosi. Risultati analoghi sono stati registrati da A. Castelli e A. Culyer (2003) in una ricerca su cittadini inglesi, che si sono espressi largamente favorevoli circa l'ipotesi dell'introduzione di criteri espliciti per il razionamento dei servizi sanitari.

Un ulteriore fattore a favore dello svuotamento della solidarietà nei sistemi di welfare è segnato dallo sviluppo della logica della co-contribuzione diretta dei costi sanitari e sociali per i servizi. Si va, quindi, nella direzione della maggiore attribuzione di responsabilità individuale per la sostenibilità del finanziamento dei servizi sociali e sanitari, in corrispondenza di una minore responsabilità collettiva. Questa pratica, in uso e in aumento in molti Paesi UE, viene in parte giustificata al fine di rendere l'individuo più consapevole dei propri consumi di servizi e prodotti sanitari, auspicando così un comportamento degli individui più responsabile e più proattivo nella conservazione del proprio benessere fisico e mentale.

Un fattore incidente, in questo senso, è costituito dal cosiddetto consumerismo, ossia lo sviluppo (Conrad 2009) di un ruolo più attivo degli individui nella gestione della salute, favorito anche dalla diffusione di internet e dalla facilità di acquisizione di informazioni, che ha determinato un aumento della domanda in una situazione contrapposta di riduzione delle risorse.

Diversamente dalla prospettiva moderna dei sistemi di welfare, quella cosiddetta antimoderna, precorsa dall'economista e filosofo austriaco F.A. von Hayek (2008), critica il welfare state proprio per l'assenza del ruolo della famiglia e della sua precipua funzione di garantire l'ordine sociale,

senza la quale scaturisce, invece, una società atomizzata (Popenoe 1998). Inoltre D. Cheal (1991), ipotizzando il declino della famiglia contemporanea, accusa lo stato della società moderna di espropriare la famiglia patriarcale dal suo essere istituzione naturale della società umana cui compete il dovere solidaristico delle mansioni di cura e socializzazione (Rodger 1996). Il passaggio di queste ultime (in particolare servizi socio-assistenziali e sanitari) dalla famiglia allo Stato caratterizza la società moderna e indebolisce la struttura familiare (Scruton 1980). Si tratta di una prospettiva, quella antimoderna, secondo cui, a fronte dell'impossibilità (Leonard 1997) di conciliare integrazione sociale e dipendenza dal welfare, il ruolo dello Stato dovrebbe essere molto limitato e quello degli individui, della famiglia e delle comunità locali, più autonomo e responsabile.

Il dibattito sull'evoluzione societaria, in relazione ai sistemi di welfare, si arricchisce con la posizione dei sostenitori del postmodernismo, del quale si fa solo un rapido cenno. Precorsa da C. Wright Mills (1959), in questo filone si sottolinea la necessità di adeguare il welfare ai nuovi vincoli imposti dall'attuale società dell'informazione, che è dominata dalle nuove tecnologie e vede sempre meno possibilità occupazionali per i soggetti poco qualificati o con un modesto patrimonio di competenze (Rodger 2000, p. 40). Il progetto postmoderno sul welfare (Leonard 1997) prevede una maggiore iniziativa di emancipazione degli individui e dei gruppi sociali, con la diretta partecipazione al dialogo pubblico sulle finalità del welfare e sulla definizione dei bisogni e delle priorità di intervento.

4 Diritti sociali e solidarietà

Appare sempre più utile il riferimento al concetto di solidarietà in un momento particolare, in cui il welfare vive un'esistenza incerta e tende a diventare qualcosa di residuale.

Nell'art. 2 della Costituzione italiana, ad esempio, si riconoscono e si garantiscono i diritti inviolabili dell'uomo, cioè i suoi diritti di natura, che precedono il diritto positivo, delineato secondo le diverse epoche e maggioranze politiche, perché nascono con l'uomo. Nello stesso tempo, però, il medesimo articolo richiede alla persona l'adempimento di una serie di doveri ai quali non può sottrarsi, primo fra tutti quello di solidarietà, declinata nelle sue diverse modalità: politica, economica e sociale. Inoltre, l'art. 3 attribuisce allo Stato il compito di

rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

Il costituente italiano ha giustamente richiamato la solidarietà sociale, in quanto di fondamentale importanza per poter costituire un ‘patto sociale’, grazie al quale ogni società moderna può – come aveva sostenuto agli inizi del Novecento É. Durkheim – strutturarsi organicamente.

La solidarietà perciò, diventa il comune denominatore, il collante necessario, affinché società sempre più complesse possano, oltre ad affermare il riconoscimento e le garanzie dei diritti, far sì che certi diritti, come quello alla salute, non subiscano un affievolimento.

In ambito UE, il concetto di solidarietà viene interpretato esclusivamente come obbligo di aiutare Paesi che hanno disatteso i loro impegni, e quindi in senso negativo.

Pur essendo i due concetti tra loro collegati, la solidarietà è cosa diversa dalla giustizia (in senso morale o giuridico), proprio perché si caratterizza per un comportamento che va al di là di ciò che un soggetto sarebbe tenuto a fare su un piano strettamente giuridico o morale. Inoltre, il comportamento solidale (Habermas 2014) si differenzia da quello etico in quanto si riferisce, e si lega, più alle trame della comunità intesa in senso politico che al nesso prepolitico di vita, come ad esempio la famiglia.

La solidarietà, quindi, va intesa nel discorso qui affrontato come una comune forma di vita politica per la condivisione di interessi anche personali, quali ad esempio la cura e l’assistenza.

Nella storia dello stato sociale abbiamo visto come le aspettative di solidarietà possano trasformarsi in pretese giuridiche. Solo la politica di un legislatore, che sia sensibile alle pretese normative di una cittadinanza democratica, può trasformare le richieste di solidarietà in veri e propri diritti sociali.

Quando le logiche del mercato e le ristrettezze economiche invadono l’area dei diritti, si ripresenta, fatalmente, una modalità di agire che si richiama alla politica dei «due tempi», e cioè: c’è un tempo per l’economia e un tempo per i diritti.

È importante riflettere su cosa comporta una simile dicotomia. Innanzitutto comporta la convinzione che i diritti arrivino quando le condizioni economiche lo permettono, quasi a voler giustificare un lusso aggiuntivo elargito solo in particolari situazioni. Perciò, quando ciò avviene – e noi stiamo assistendo ad una lenta deriva in questo senso – non è in atto solo e semplicemente un conflitto in termini teorici tra diritto ed economia, ma, questa disputa si incarna nella vita delle persone, che vedono minare le loro certezze, prima fra tutte la tutela della salute.

La «società del rischio», descritta dal sociologo tedesco U. Beck (2013), ha anche questi connotati drammatici, ai quali sembra ci si debba adeguare, se non avviene un’inversione di rotta, che pone al centro dell’interesse sociale l’uomo, con le sue necessità e problematiche. La scienza non può soddisfare le esigenze della scienza, ma nasce per soddisfare i bisogni dell’uomo.

Ma se lasciamo che la logica economica invada la sfera dei diritti assisteremo ad una loro amputazione, con un evidente ritorno ad un passato in cui lo stato di diritto era ancora da venire. Qualsiasi diritto, ma primo tra tutti il diritto alla salute, quando è subordinato ad una logica economicistica, diventa, inevitabilmente, un lusso che solo pochi possono permettersi, qualcosa che non possiamo permetterci in periodi di difficoltà. Risultano, così, accentuate le differenze sociali e le disuguaglianze che, di conseguenza, comportano un incremento del disagio e della tensione sociale.

Certo, i diritti costano, ma non per questa ragione devono subire un affievolimento. I criteri di utilizzazione delle risorse da parte degli Stati, in fondo, sono stabiliti sempre per scelte politiche, perciò non sono un problema in sé, ma lo diventano per scelta. Anche un diritto fondamentale, come il diritto di voto o il diritto alla giustizia, hanno un costo, ma non per questo possiamo immaginare di poterne fare a meno e di consentirli solo quando la congiuntura economica si presenta più favorevole.

Appare evidente come, in effetti, questa argomentazione non possa essere sostenuta per giustificare una riduzione dei livelli di tutela dell'intera organizzazione sociale, la quale vede al suo centro il cittadino, titolare di diritti sociali. La particolarità di questi diritti non risiede solo nel fatto che essi sono qualitativamente diversi dagli altri, ma anche nel loro costo, e, quindi, appare giustificabile imporre un loro ridimensionamento anche alla luce di un loro temperamento con i doveri sociali.

Questa tendenza, sembra trovare giustificazione nella crisi economica che ha coinvolto i Paesi dell'Area Euro, perché il diritto alla salute ha un costo e in quanto tale deve essere proporzionato alle risorse disponibili.

Per J.M. Buchanan e R.D. Congleton (2002), a ben vedere, l'applicazione in sede UE di schemi universalistici in ambito sanitario e nei sistemi di welfare è anche auspicabile. Questa tesi è basata sull'idea che una democrazia stabile può sopravvivere solo se i suoi programmi di welfare si ispirano a principi di 'generalità', cioè di universalismo. L'argomento è, in breve, il seguente: programmi di welfare che, invece, discriminano fra i gruppi sociali, sottoponendo i cittadini alla cosiddetta prova dei mezzi e agendo o sul versante della tassazione oppure su quello dei trasferimenti, finiscono per indebolire il sostegno della società all'intero processo politico. Infatti, l'adozione di tali programmi genera incentivi, tra la popolazione, a investire risorse per assicurarsi trattamenti di favore o per proteggersi da trattamenti penalizzanti. Ciò comporta il rischio di erodere quel patto di solidarietà che è il cemento di una democrazia stabile.

E. Borgonovi ha analizzato come

dopo la crisi scoppiata nel 2007 le politiche nei sistemi di tutela della salute dei Paesi europei, di quelli OCSE [...] e della maggior parte dei Paesi sono state motivate principalmente dalle esigenze di breve periodo e dalla prevalenza dei criteri economici (Borgonovi 2013, p. 3)

La rilevanza delle variabili istituzionali, politiche ed economico-finanziarie, ritorna anche nella teorizzazione proposta da W. Streeck (2000), secondo cui nei Paesi dell'area europea sono proprio queste variabili ad impedire che il processo di centralizzazione e coordinamento europeo riesca a spingersi oltre la costruzione del mercato, e per questo, molto probabilmente, le politiche di solidarietà rimarranno competenza degli Stati nazionali. Ma le istituzioni preposte alla definizione di queste politiche sono sempre più inserite in un contesto di competizione internazionale (Ferrera 2000) e sempre più vincolate da istituzioni sovranazionali deputate a proteggere il mercato internazionale. Il risultato di questi processi è che

se le fondamenta politico-istituzionali della solidarietà continuano ad avere un carattere nazionale, la sua sostanza si sta rapidamente trasformando sotto le pressioni di una competizione sempre più intensa (Streeck 2000, p. 13).

I diversi Paesi europei tendono, quindi, ad adattarsi alla forte pressione competitiva, abbandonando un modello di solidarietà basato su politiche protezionistiche e redistributive per sostituirlo con uno basato su una solidarietà produttivistica e competitiva (Clemente 2012). Il nuovo modello di welfare europeo che, nell'interpretazione di Streeck, riflette una tendenza reale e allo stesso tempo rappresenta l'unica strada percorribile, ridefinisce l'uguaglianza dal lato dell'offerta (principalmente in termini di capitale umano e occupabilità) piuttosto che intervenire a posteriori nella correzione degli effetti distorsivi del mercato. La coesione sociale si ristruttura, quindi, nella ricerca di uguali opportunità anziché di uguali risultati. Le politiche redistributive, ritenute troppo costose, tendono ad essere sostituite con politiche che investono nelle capacità individuali e, quindi, nel capitale umano; ciò al fine di contribuire sia alla produzione di ricchezza che all'incremento di equità e giustizia. In questo senso si parla di «egualitarismo dal lato dell'offerta», poiché la responsabilità pubblica non rimanda alla correzione degli effetti distorsivi del mercato, ma è finalizzata a rendere ugualmente concorrenziali gli individui.

Il processo di omogeneizzazione non è spiegato, quindi, a partire dalle direttive poste dall'Unione Europea, ma piuttosto è interpretato come il riflesso dei cambiamenti economici in atto che, in tutti i Paesi europei, determinano la ridefinizione dei confini di una nuova solidarietà. In altre parole, l'emergente modello sociale europeo si sostanzia nel generale abbandono dei principi redistributivi e nella definizione dei confini di una nuova solidarietà competitiva.

Viene rilevato da M. Ferrera (1993) come l'istituzionalizzazione della solidarietà a livello europeo sia piuttosto ridotta e come la capacità delle istituzioni europee di incidere in tale settore siano esigue, soprattutto se

paragonate alla capacità di influenza nella sfera economica e in quella monetaria.

Sotto l'occhio vigile della temuta Trojka formata da UE, BCE e FMI, le politiche di rigore adottate dai Paesi europei, e in particolare da Grecia e Portogallo, hanno generato effetti drammatici per quanto riguarda l'accesso da parte dei cittadini ai servizi sanitari. Quando affermiamo che un bisogno deve soddisfare la sua sostenibilità vuol dire «soddisfare i bisogni del presente senza compromettere la possibilità delle generazioni future di soddisfare i propri bisogni» (WCED 1987). Per questa ragione in ambito sanitario sembra quanto mai opportuna una sanità pubblica, la cui conoscenza non può essere più «basata soltanto sulle prove scientifiche, ma costruita anche sui valori sociali e sul ruolo attivo dei portatori di interesse» (Matera, Baglio 2013).

Se si parte da queste premesse, appare evidente l'importanza del valore della solidarietà insieme a quello dell'equità e dell'universalità, che deve rispecchiarsi nei servizi, nei bisogni e nelle risorse, come gran parte della letteratura internazionale pone in evidenza. Infatti, nel rapporto stilato nel 2002 dalla Commission of the Future of Health Care, in Canada, si legge che la sostenibilità all'interno di un sistema sanitario va vista come un'effettiva garanzia affinché siano disponibili risorse sufficienti nel lungo periodo, in modo tale da fornire un accesso tempestivo a servizi sanitari di qualità, improntati sui bisogni dei cittadini.

Pertanto, l'equilibrio tra le componenti presenti nei sistemi sanitari diventa un parametro valutativo per poter offrire risposte opportune ed economicamente sostenibili ai bisogni, sempre crescenti, di salute di una popolazione più anziana. La conclusione alla quale giunge la Commission of the Future of Health Care serve a riflettere sulle spinte sempre più demolitrici del sistema di welfare; infatti, Romanov scrive nel report della commissione citata (2002, p. xvi) che «un sistema sanitario è sostenibile tanto quanto un Paese decide che lo sia».

Perciò, quando parliamo di diritto alla salute affievolito o in via di affievolimento, stiamo giustificando, senza volerlo, attraverso la crisi di un sistema di welfare, una diminuzione di un dovere di solidarietà, che non può essere contrattato tra cittadino e Stato, in quanto parte integrante di quel patto sociale necessario a tenere unito un gruppo societario.

Se nella progettazione e programmazione delle politiche di un nuovo welfare prevarranno le logiche economicistiche, ispirate del tutto a concetti neoliberisti, una delle prime ripercussioni, come già acutamente aveva osservato A. Ardigò, sarà «il logoramento, quando non il dissolvimento» (2006, p. 34) della solidarietà e delle risorse partecipative.

5 Considerazioni conclusive

Emerge da questo scenario una crescente discrasia tra le aspettative verso i sistemi di protezione sociale e la loro capacità di soddisfare la domanda. L'invecchiamento della popolazione delle società europee ha portato a un cambiamento dei modelli di morbidità (aumento delle cronicità) e ha dato luogo a un aumento della domanda di servizi di assistenza, specie per le cure a lungo termine. Questo processo, che si può osservare in molte parti del mondo occidentale, è accompagnato dal cambiamento di mentalità tra i pazienti verso una maggiore consapevolezza di sé e autoaffermazione di una domanda di servizi di assistenza sanitaria soddisfacente. Si tratta di un paziente 'moderno' che si orienta con più competenza e maggiori informazioni sulle possibilità di cura in una logica tipica di mercato e alla stregua di un cliente che esige la buona qualità del prodotto-servizio richiesto.

Mentre la domanda di assistenza è cambiata ed è aumentata, i Paesi dell'UE in particolare, costretti a rispettare le misure rigorose per quanto concerne il livello di finanziamento e disavanzo pubblico, hanno grandi difficoltà e sono costretti il più delle volte a ridurre i finanziamenti per lo stato sociale, determinando sia una crescente carenza di servizi di assistenza nel sistema sanitario pubblico, sia un crescente divario tra la domanda e l'offerta di cure.

Viene messo, quindi, in discussione (McKee, Stuckler 2011) il principio dell'universalismo (e con esso quelli dell'equità e dell'uguaglianza), come per esempio si rileva attraverso il documento, adottato in Inghilterra, Health and Care Act 2012. La riforma, o controriforma del NHS (National Health System), ha posto molti interrogativi sul mantenimento della più rilevante caratteristica di questo sistema sanitario nazionale: l'universalità di accesso alle cure. A.M. Pollock (2012) ne evidenzia due conseguenze importanti: il pagamento degli utenti per i servizi ricevuti; l'introduzione di un nuovo denominatore degli indicatori di salute che rende molto più difficile analizzare le differenze tra classi sociali e valutare, di conseguenza, l'equità del sistema stesso.

Tuttavia, in senso positivo, sulle possibili (e chiare) conseguenze del superamento implicito dell'universalismo hanno preso posizione gli Stati membri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHA, World Health Assembly). Nel 2005, infatti, è stata adottata una risoluzione che incoraggia i singoli Paesi a sviluppare sistemi di finanziamento della sanità al fine di istituire o salvaguardare una copertura universale che consenta alle persone di accedere ai servizi di cui hanno bisogno, senza rischiare conseguenze finanziarie gravi o disastrose (Carrin et al. 2008). Successivamente, la Conferenza mondiale delle Nazioni Unite, nel 2011, ha osservato che i Paesi che godono delle migliori condizioni di salute sono quelli che hanno una qualche forma di copertura universale (WHA 2011). Infine, e paradossalmente, gli Stati Uniti che, a fronte di un sistema sanitario

ad impronta prevalente assicurativa con risvolti economici insostenibili e risultati di salute insoddisfacenti, stanno portando avanti una riforma in senso universalistico.

Bibliografia

- Ardigò, A. (2006). *Famiglia solidarietà e nuovo welfare*. Milano: Franco-Angeli.
- Arts, W.; Muffels R.; ter Meulen R. (2001a), «The Future of Solidaristic Health and Social Care in Europe». *Philosophy and Medicine*, 69, pp. 463-476.
- Arts, W.; Muffels R.; ter Meulen R. (eds.) (2001b). *Solidarity in Health and Social Care in Europe*. London: Kluwer Academic publishers Beck, U. (2013). *La società del rischio*. Roma: Carocci editore.
- Borgonovi, E. (2013). «Obiettivo sostenibilità». *Mecoson*, 86, p. 3.
- Buchanan, J.M.; Congleton, R.D. (2002). *Politics by Principle not Interest: Towards non Discriminatory Democracy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Carrin, G.; Mathauer, I.; Xu, K.; Evans, D.B. (2008). «Universal Coverage of Health Services: Tailoring Its Implementation». *Bull World Health Organization*, 86, pp. 857-63.
- Castelli, A.; Culyer, A. (2003). *Rationing Health Care in Europe*. York: University of York, Dept. of Economics.
- Cheal, D. (1991). *Family and the State of Theory*. London: Harvester Wheatsheaf.
- Clemente, C. (2012). *Welfare e sistemi integrati di salute*. Lecce: Kurumuny.
- Combrinck-Graham, L. (1985). «A Development Model for Family System». *Family Process*, 24, pp. 139-150.
- Commission on the Future of Health Care in Canada (2002). *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*. Final Report.
- Conrad, P. (2009) «Le mutevoli spinte alla medicalizzazione». *Salute e Società*, 2, pp. 36-55.
- Dewilde, C. (2003). «A Life Course Perspective on Social Exclusion and Poverty». *British Journal of Sociology*, 54, pp. 109-128.
- Durkheim, É. (1999). *La divisione del lavoro sociale*. Torino: Einaudi.
- Ferrera, M. (1993). *Modelli di solidarietà*. Bologna: il Mulino.
- Ferrera, M. (2000). «Integrazione europea e sovranità sociale dello stato-nazione: Dilemmi e prospettive». *Rivista italiana di scienza politica*, 3, pp. 393-422.
- Giddens, A. (1997). *Oltre la destra e la sinistra*. Bologna: il Mulino.
- Habermas, J. (2014). *Nella spirale tecnocratica: Un'arringa per la solidarietà europea*. Bari: Laterza.

- Hayek, F.A. von (2008). *L'abuso della ragione*. Trad. di Renato Pavetto. Soveria Mannelli: Rubbettino Editore. Trad. di: *The Counter-Revolution of Science: Studies of the Abuse of Reason*, 1952.
- Ignatieff, M. (1990). *The Needs of Strangers*. London: Hogart Press.
- Leonard, P. (1997). *Postmodern Welfare: Reconstructing an Emancipatory Project*. London: SAGE.
- Matera, E.; Baglio, G. (2013). «Sanità pubblica ecologica». *Salute internazionale*.
- McKee, M.; Stuckler, D. (2011). «The Assault on Universalism». *BMJ*, 343, pp. 1314-1317.
- Pollock, A.M.; Macfarlane, A.; Godden, S. (2012). «Dismantling the Signposts to Public Health?: NHS Data under the Health and Social Care Act 2012» [online]. *BMJ*, 344. Disponibile all'indirizzo <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.e2364> (26-04-2012).
- Popenoe, D. (1998). *Disturbing the Nest*. New York: Aldine de Gruyter.
- Rodger, J. (1996). *Family Life and Social Control: A Sociological Perspective*. London: Macmillan.
- Rodger, J. (2000). *From a Welfare State to a Welfare Society: Policy in a Postmodern Era*. London: Macmillan.
- Scruton, R. (1980). *The Meaning of Conservatism*. London: Macmillan.
- Streeck, W. (2000). «Il modello sociale europeo: dalla redistribuzione alla solidarietà competitiva». *Stato e mercato*, 21 (58), pp. 3-24.
- WCED (World Commission on Environment and Development) (1987). *Rapporto Brundtland*.
- WHA (World Health Assembly) (2011). *64th Assembly* (Geneva, 16-24 May 2011). Geneva: s.n.
- Wright Mills, C. (1959). *The sociological imagination*. Oxford: Oxford University Press.

Rilevare dati sul web: la cassetta degli attrezzi 2.0

Cleto Corposanto (Università degli Studi «Magna Grecia», Catanzaro, Italia)

Beba Molinari (Università degli Studi di Genova, Italia)

Abstract The issues related to data quality and the manner through which the web 2.0 intervenes in the planning of the research with new detection tools will be addressed by comparing a series of studies, in which were used several investigative tools online. The goal is to examine, through a new interpretive lens, the tools born via the web 2.0: can they be considered as new forms of investigation or are they a mere continuation of the traditional instruments of the researcher's toolbox? The results are discussed in the light of different devices to understand in what contexts they can be adopted successfully. Eventually, a new organization of data collection instruments online will be discussed, particularly focusing on the quality of the figures and facts, revealing both the strong points and the weaknesses, which depends on the context under study in order to highlight the best practices to be adopted for a real social-health integration.

Sommario 1. Introduzione. – 2. Perché una cassetta degli attrezzi web 2.0 per i sistemi socio-sanitari? – 3. La qualità del dato e il web 2.0. – 4. La cassetta degli attrezzi: tradizionale o innovativa? – 4.1. Social Network Analysis. – 4.2. Facebook e Twitter: quali possibilità? – 4.3. Web survey: le piattaforme al centro del web – 4.4. Interviste faccia a faccia e focus group, NGT, Delphi e brainstorming – 5. Considerazioni conclusive: vecchi strumenti nuove generazioni?

Keywords Web 2.0. Toolbox. Tools online.

1 Introduzione

Tanto si è già detto della crisi economica che sta attraversando il nostro Paese, un po' meno si è discusso delle problematiche che tale crisi ascrive nella nostra società. Che il benessere degli italiani sia nettamente diminuito è all'ordine del giorno, si riscontra nella quotidianità della vita: la salute in primis ne è colpita da diversi punti di vista, dai tagli alla sanità, che da un anno all'altro hanno visto dimezzare le voci di bilancio, alla precarietà, con la quale alcuni servizi sono offerti sul territorio dalla pubblica amministrazione stessa. È il momento di riflettere e ragionare sulle possibili alternative da co-progettare con i cittadini stessi che, secondo quanto emerge dall'indagine Istat sulla condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari per l'anno 2012, si rivolgerebbero sempre meno alle strutture sanitarie pubbliche preferendo i servizi privati (Istat 2013).

Senza avere velleità censuarie, è possibile comprendere le tendenze in atto grazie a un utilizzo costruttivo del web, miniera d'informazioni sotto forma di *database* e *data mining*¹ a oggi prevalentemente inesplorata e della quale non si sono ancora di fatto comprese le reali potenzialità, o per lo meno, poco ci si è interrogati sulla scientificità delle relative forme di analisi dei dati.

In questa sede ci proponiamo quindi di approfondire gli aspetti legati alla qualità del dato e al modo in cui il web 2.0 interviene nel disegno della ricerca con nuovi strumenti di rilevazione. I new media ci permettono di ridisegnare quelli che sono i canoni classici con i quali ci avviciniamo al contesto della ricerca, acquisendo nuove forme con le quali cimentarsi, non più solo come nuovo oggetto di studio, ma anche come parte integrante della cassetta degli attrezzi del ricercatore.

Il presente contributo ha la finalità di comprendere quanto tali strumenti possano essere accettati a livello scientifico, volgendo lo sguardo verso il processo di progettazione e costruzione del dato, aspetti questi ampiamente discussi nel dibattito tradizionale,² che acquisiscono ancor più rilevanza se considerati attribuendo un ruolo anche ai *new media*. La cassetta degli attrezzi web 2.0 sarà oggetto di approfondimento al fine di mettere in luce come la co-istituzione dell'informazione cambi volto attribuendo al web un nuovo ruolo nella metodologia di nuova generazione. Cercheremo quindi di esaminare, attraverso una nuova lente interpretativa, se gli strumenti di rilevazione e le relative analisi nate sul web, possano essere considerati nuove forme d'indagine, oppure se siano una semplice prosecuzione dei tradizionali strumenti della cassetta degli attrezzi del ricercatore.

Al fine di evidenziare quanto sopra ricordato, sarà cura degli autori esporre sinteticamente alcune possibilità di utilizzo in ambito socio-sanitario, dando particolare rilievo a come le nuove tecnologie intervengano nella quotidianità della persona, dalla consultazione dei social media con pagine dedicate agli aspetti sanitari, a come le application (app) siano sempre più uno strumento utilizzato per il benessere personale.

1 Per 'data mining' si intende l'estrazione e l'analisi di dati in database tanto grandi da permettere la gestione statistico-matematica di una quantità di informazioni che altrimenti sarebbero archiviate come rumore statistico (Tan, Steinback, Kumar 2005).

2 Solo per citare due delle tante occasioni di discussione in merito a tali tematiche, la sezione di metodologia dell'Associazione Italiana di Sociologia ha organizzato ben due convegni, un primo di inizio mandato e il secondo al termine del mandato stesso con sede rispettivamente all'Università Cattolica del Sacro Cuore e all'Università degli Studi di Napoli Federico II.

2 Perché una cassetta degli attrezzi web 2.0 per i sistemi socio-sanitari?

Approfondire gli aspetti legati al web e al modo in cui quest'ultimo si inserisce nei meccanismi connessi all'integrazione socio-sanitaria, significa individuare nuove buone prassi da seguire al fine di considerare tutti gli stakeholder delle politiche in oggetto come attori protagonisti dei processi di costruzione delle politiche sociali.

Tale esigenza acquisisce un significato ancor più pregnante se considerata alla luce della legge 285 del 1997, nella quale già si configurava un welfare incentrato sul cittadino, primo attore di una rete di servizi e di relazioni adeguate al soddisfacimento dei propri bisogni. Tale aspetto è stato ulteriormente sviluppato dalla legge 328 del 2000, a oggi in vigore, nella quale è previsto che al cittadino sia fornita una serie di servizi locali, nell'ottica di un 'welfare territoriale', puntando su un accesso indiscriminato ai servizi. Al fine di agevolare tale aspetto, questa legge permette e incentiva i comuni, in qualità di titolari degli interventi, a costituire forme di associazione in 'ambiti territoriali' più ampi - le prima conosciute 'zone', ora distretti socio-sanitari - per rendere più vicina ai cittadini la rete di servizi presenti sul territorio.

La legge quindi promuove alcuni concetti chiave quali l'universalità, la sussidiarietà orizzontale, la qualità dei servizi (Molinari 2012), e, in particolar modo, per quel che concerne il focus del presente contributo, il protagonismo dei cittadini, promuovendo la partecipazione attiva della cittadinanza alle scelte che la riguardano. Di riflesso, con la l. 328/00 si capovolge, si riscrive, si amplifica, l'interpretazione del concetto di bisogno, che, come sottolinea Mirabile (2005), prende in maggior considerazione il carattere multidimensionale del bisogno stesso: in quest'ottica quindi il web può diventare un utile strumento per 'intercettare' bisogni percepiti e/o inespressi, attraverso una web survey, oppure una contest analysis, una ego-rete, ecc.

Grazie alla cassetta degli attrezzi web 2.0 sarà possibile definire un quadro di riferimento utile alla progettazione di nuove politiche territoriali, ma l'interattività del web andrà a incidere anche sulle dinamiche relazionali tra cittadini, contribuendo a definire obiettivi comuni di intervento, consolidando e implementando nuove reti e/o reti già esistenti.

L'analisi di quanto emerge dal web, se moderata e/o diffusa adeguatamente, può divenire occasione per realizzare un percorso partecipato, attuando un confronto e una contaminazione continua, sfruttando le molteplici lenti interpretative che il web ci permette.

Per tale motivo è fondamentale porre l'accento sulla pluralità di culture e linguaggi che ogni giorno reinventano i bisogni del territorio: una buona analisi di quanto emerge dal web non può dimenticare che sussistono diverse interpretazioni, molteplicità di ruoli e livelli di coinvolgimento;

secondo Leone-Prezza (1999), esisterebbero anche molteplici chiavi di lettura dei bisogni con più ipotesi interpretative.

In quest'ottica, per l'Amministrazione locale che utilizza il web come fonte di informazione e di analisi, si aprono nuove strade di confronto non solo per le famiglie utilizzatrici reali o potenziali dei servizi offerti, ma anche per gli operatori delle cooperative del privato sociale e con gli enti regolatori superiori. In generale, aver visibilità del valore delle azioni attivate offre all'Amministrazione la possibilità di ampliare e migliorare la propria capacità di governance sul territorio e di offrire, a se stessa e a tutti i cittadini coinvolti, occasione di riflessione e potenzialità di azione, per nuove politiche o per il miglioramento di quelle già avviate. Al contempo, il web 2.0, con l'interattività che lo caratterizza, diviene strumento utile per la condivisione delle politiche e delle scelte attuate dall'Amministrazione al fine di operare un confronto che tenga conto delle aspettative, dei bisogni e dei risultati cui si è giunti; solo in questo modo sarà possibile creare capitale sociale³ per il territorio e per tutti gli attori coinvolti in forma diretta e indiretta.

3 La qualità del dato e il web 2.0

Discutere di qualità del dato significa in primis incentrare parte del discorso sulla costruzione del dato stesso, quindi sulla plausibilità dello strumento di rilevazione adottato, pensato in relazione all'oggetto di studio (Marradi 1987).

Proprio per tale motivo, ci siamo interrogati in merito alla plausibilità dei nuovi strumenti di ricerca online che ci permettono di analizzare grandi quantità di informazioni raccolte all'interno dei database e dei data mining già citati. L'affidabilità del dato diviene un aspetto centrale del presente contributo, nonché la chiave interpretativa con la quale affronteremo i prossimi paragrafi. Dovremmo quindi chiederci in quale misura le tecniche online possano essere soggette a distorsioni (bias), ricordandoci che la gran parte degli strumenti classici della cassetta degli attrezzi del ricercatore non è esente da tali rischi.

Quando discutiamo di bias, gli aspetti da considerare sono molti e variano a seconda dello strumento preso in considerazione; dovremo quindi soffermarci sull'attendibilità della fedeltà del dato nelle sue dimensioni legate alla sincerità della risposta, alla congruenza di significato e, per le tecniche che richiedono una classificazione a priori della risposte, anche

³ Per 'capitale sociale' intendiamo la definizione che ne viene fornita da Pierre Bourdieu (1980, 1986), secondo il quale il capitale sociale è l'insieme delle risorse, attuali o potenziali, che derivano dal possesso, da parte di un attore sociale, di una rete durevole di relazioni, più o meno istituzionalizzate, di conoscenza e di riconoscimento reciproci.

alla loro esaustività (Corposanto 2000, 2004). Non è necessario dire che questi sono tutti aspetti legati alla costruzione del dato tipica delle tecniche cosiddette classiche, accettate scientificamente; è bene quindi in questa sede partire da tali presupposti.

Ma facciamo una piccola precisazione: spesso si discute di qualità del dato, ma, in contesti web 2.0, la locuzione 'dato' ha ancora senso? Oppure la connotazione cambia a seconda del contesto, del tipo di informazione e della provenienza, ossia del data warehouse⁴ da cui sono stati estrapolati?

In questo caso, a nostro avviso, considerato che il livello dell'informazione cambia a seconda del tipo di analisi che si intende effettuare (contest analysis, sentiment analysis) e ancor più a seconda dell'Application Programming Interfaces (API) utilizzato per svolgere le analisi, la qualità del dato è in continuo mutamento, perché al contempo cambia con estrema rapidità la natura del web: gli stessi software che oggi siamo abituati a utilizzare domani possono già essere obsoleti e permettere un livello di informazione minore rispetto alle nuove applicazioni.

Alla luce di tali considerazioni, sarebbe più opportuno soffermarci a riflettere sulle potenzialità dei *data warehouse* e sui possibili *mash-up* di dati, ossia le molteplici combinazioni realizzabili con dati di diversa natura e provenienza; solo a titolo d'esempio, ad oggi è possibile utilizzare un API per estrarre dati da YouTube, realizzare cartine topografiche su rischi reali o presunti, costruire un ego network da pagine Facebook, svolgere una contest analysis attraverso Twitter, ecc. (Corposanto, Valastro 2014).

Fatte tali considerazioni, quando si discute di bias, si attribuisce loro una connotazione prettamente negativa. Questo non è sempre opportuno: non sempre infatti le influenze inattese debbono essere percepite come 'sbagli', 'errori' che contaminino la qualità dell'informazione rilevata, portandola a essere considerata come inutilizzabile. Potremmo invece pensare ai bias come a un continuum spazio-temporale, nel quale distorsioni possono di fatto modificare in diversa misura la qualità del dato e, in alcuni casi, permetterci di scoprire nuovi aspetti ai quali non si era dato particolare peso, che divengono aree di approfondimento non trascurabili per lo studio del fenomeno. Al riguardo, è facile che dati provenienti dal web siano in diversa misura affetti da distorsioni che potremmo distinguere in due macro categorie: da un lato abbiamo la possibilità di incorrere in errori dovuti alla predisposizione dello strumento, così come avviene in contesti classici di ricerca, in altri casi invece i bias derivano dai big data e dai data warehouse stessi, che possono alterare eventuali informazioni attraverso formati digitali differenti; dovrà quindi essere cura del ricercatore

4 Il 'data warehouse' è una sorta di secondo livello di un 'database' all'interno del quale sono contenute una serie di informazioni orientate ai singoli soggetti - siano essi utenti, consumatori e/o malati - integrato con più database dai quali 'importa' informazioni specifiche precedentemente individuate e quindi di interesse del programmatore/ricercatore.

comprendere tali differenze e ‘trasformare’ il formato del dato nella sua forma utile all’analisi che si intende svolgere.

Fatte tali considerazioni, di seguito saranno approfonditi gli strumenti della cassetta degli attrezzi in contesti web 2.0.

4 La cassetta degli attrezzi: tradizionale o innovativa?

Da sempre immaginiamo il momento della rilevazione dei dati come quella fase in cui il ricercatore con la propria cassetta degli attrezzi scende sul campo per iniziare la somministrazione di questionari, interviste, svolgere focus group, ecc.. La prima domanda che potremmo quindi porci è quella di capire, già in questa prima fase, se con strumenti web 2.0 la situazione di rilevazione cambi. Una differenza è ben visibile: il ricercatore non si muove più sul territorio, bensì naviga nella rete e, attraverso di essa, sposta la quotidianità del mondo reale verso contesti web 2.0, dai blog alle pagine Facebook, a Twitter. Ma, ancor prima, l’utilità del web emerge fin dalle fasi preliminari di studio in cui si delineano i confini dell’oggetto di ricerca, supportandoci nella declinazione delle ipotesi e nella comprensione della popolazione che andremo a interrogare. L’utilizzo che se ne può fare quindi è molteplice, dalla raccolta bibliografica ai dati statistici, fino all’individuazione degli indicatori più idonei a comprendere il fenomeno (Grimaldi 2005).

In questa sede non è nostro obiettivo discutere l’aspetto più prettamente epistemologico degli strumenti di rilevazione in contesti web 2.0, bensì quello di capire i possibili sviluppi di tali strumenti, percorrendo un primo passo verso un percorso accidentato e complesso che cercherà di comprendere se tali strumenti possano essere considerati una prosecuzione di quelli precedenti oppure una nuova cassetta degli attrezzi web 2.0. La prima grande differenza, che determina la scelta di approfondimento adottata nell’articolazione dei prossimi sottoparagrafi, è il legame imprescindibile tra strumenti e analisi dei dati, aspetto che si presenta anche per la cassetta degli attrezzi tradizionale, ma non così fortemente vincolante come accade per le tecniche web.

Approfondiremo quindi gli sviluppi che tali strumenti hanno acquisito grazie all’interattività della rete e alle modalità con le quali hanno contribuito alle fasi di rilevazione e analisi dei dati, con esempi e/o suggerimenti concreti di studio: discuteremo quindi di come la Social Network Analysis sia ormai sinonimo di Social Media, delle molteplici possibilità dei dati racchiusi nelle conversazioni di Facebook e Twitter, delle ormai note web survey e del loro possibile utilizzo nelle app e infine, ma non per ultime, delle interviste e delle interviste di gruppo.

4.1 Social Network Analysis

Siamo da sempre abituati a pensare alla Social Network Analysis come a una prospettiva teorico-metodologica che ci permette di approfondire le relazioni sociali come unità minima di osservazione. Come molti testi ricordano,⁵ l'analisi di rete ha una tradizione piuttosto antica, fonda le proprie radici nella sociologia classica, nonostante abbia destato maggiormente negli ultimi vent'anni l'interesse non solo dei sociologi, ma anche di economisti, linguisti, medici, antropologi, psicologi, ecc. Il contributo che in questi ultimi cinque anni ha apportato il web è stato determinante per la realizzazione di analisi a più ampio raggio, grazie allo sviluppo della computer science che permette un uso particolarmente semplice di analisi matematiche altrimenti complesse.

Discutere di Social Network Analysis svolta su pagine di Facebook in contesti web 2.0 significa in primis pensare a una rete ego-centrata sviluppata grazie a Netvizz, un'applicazione che ci permette di analizzare i contatti Facebook di pagine pubbliche e di profili personali. La tecnica quindi non cambia, così come non cambiano i calcoli relativi alle misure di tendenza centrale, al grado medio ponderato e alla densità della rete; ciò che muta invece è la quantità di nodi da analizzare: dove un tempo era possibile studiare non più di 250 nodi in interazione tra loro, oggi non sussistono limitazioni.

Quindi potremmo sbilanciarci e pensare che la Social Network Analysis svolta attraverso Facebook e Twitter non sia un nuovo strumento, bensì una prosecuzione di quanto svolto in passato. Ben diversa è la situazione nel momento in cui consideriamo l'analisi delle reti effettuata attraverso la mappatura delle ricerche condotte attraverso Google o qualsiasi altro motore di ricerca: nodi delle reti non sono più soggetti singoli, come nel caso delle reti ego-centrate, ma pagine web che attraverso l'analisi dei reticoli delinea le preferenze degli internauti.

Un esempio pratico delle reti macrosociali di preferenza in merito ai motori di ricerca è rappresentata nella sottostante figura 1, dalla quale emergono i siti di maggior interesse relativi all'hashtag 'psichiatria'. Dalla mappatura dei legami esistenti sono riconoscibili quattro cluster: un primo in cui sono evidenziati i blog più frequentati, un secondo riguardante i diritti delle persone con disturbo psichiatrico, un terzo all'interno del quale sono presenti le pagine web che si occupano di informazione medico-scientifica, e infine un quarto di divulgazione giornalistica.

I quattro nodi di passaggio tra un cluster e l'altro, che nella figura sono ben riconoscibili poiché di dimensioni più ampie e visivamente centrali al

5 Solo per citarne alcuni e senza pretesa di esaustività: Carrington, Scott, Wasserman 2005; Corbisiero 2007; Salvini 2007; Trobia, Millia (2011); Piselli 1995.

gruppo di interesse, sono le pagine con i maggiori numeri di accesso e dai quali ha inizio la consultazione: tali nodi potrebbero essere paragonati a spartitraffico di un flusso di informazioni distribuito casualmente. Non a caso si tratta di siti ben organizzati al loro interno, che forniscono all'utente una vasta area di suggerimenti ad altrettanti link specifici.

Quanto ai contenuti dei quattro gruppi individuati, i blog sono più numerosi degli altri siti. Disomogenei tra loro, alcuni nascono come 'costola' di siti di informazione a carattere nazionale, altri scaturiscono dal volere di familiari di persone con disturbo psichiatrico, pochi altri dall'iniziativa dei diretti interessati.

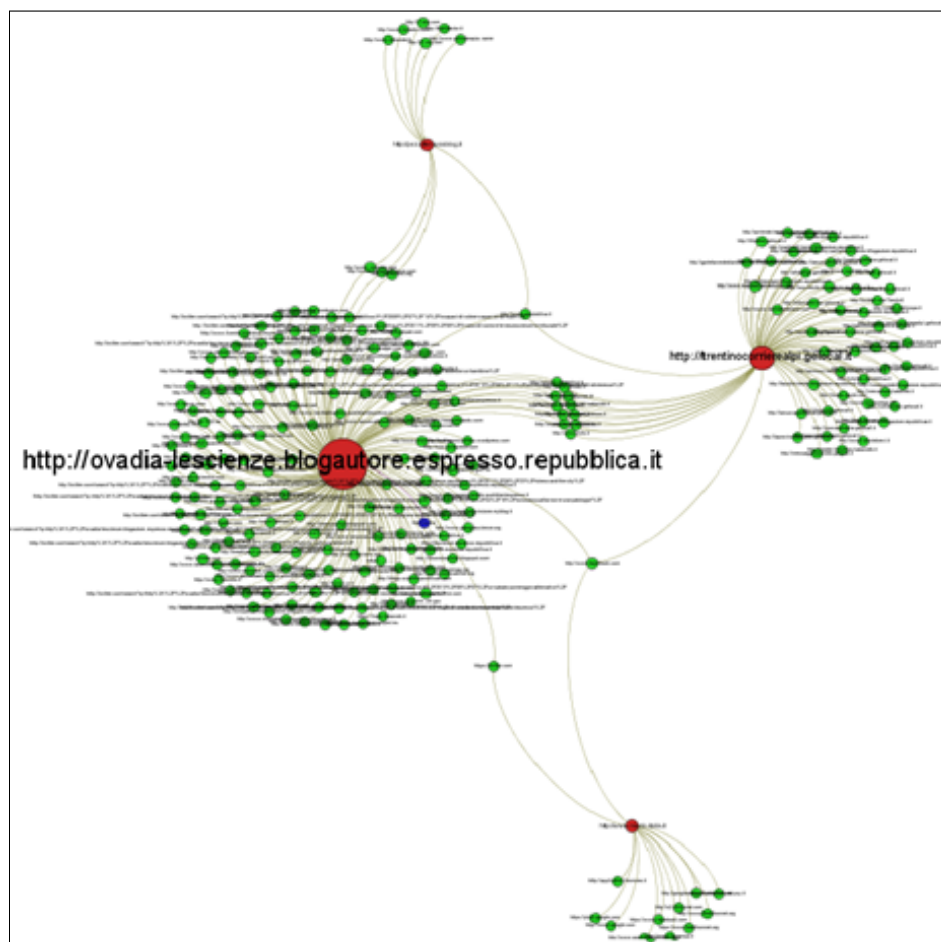


Figura 1. Mappatura dei siti web a maggior livello di consultazione

I risvolti pratici di una tale ricerca possono indirizzare un'organizzazione di volontariato, un'associazione oppure un distretto socio-sanitario a comprendere quali siano i bisogni nascenti e quali quelli inespressi, ossia verso quale area di azione debbono orientarsi.

4.2 Facebook e Twitter: quali possibilità?

L'associazione mentale tra Social Media e Social Network Analysis è pressoché immediata nell'immaginario comune; in qualità di ricercatori non dovremmo invece dimenticare che i social network sono i più eclettici tra gli strumenti che ci mette a disposizione il web: abbiamo l'opportunità di accedere ad una serie di informazioni ulteriori rispetto a quelle che siamo abituati a consultare dall'interfaccia grafica in qualità di user. Grazie ai *data set* è possibile comprendere i tempi medi di consultazione della pagina, evidenziare le statistiche anagrafiche riferite non solo a un profilo personale, ma anche a tutte le pagine dei gruppi tematici, e soprattutto estrapolare i commenti dalle conversazioni intercorse. Quest'ultimo aspetto è una miniera di informazioni; al riguardo sono stati realizzati dei veri e propri database dai quali 'estrarre' quanto discusso nella rete fino a quel momento.⁶ Proprio in questo frangente fa comparsa l'utilizzo dell'analisi del contenuto nella sua forma tradizionale (Losito 1996); non è nostra intenzione approfondire la metodologia sottesa a questo tipo di analisi e quanto teorizzato con la Grounded-Theory, è nostro obiettivo, invece, evidenziare eventuali scostamenti procedurali. La prima grande differenza emerge dalla brevità con la quale si esprimono i commenti: siamo da sempre abituati a trascrivere le interviste e avere così argomenti che si prolungano su più pagine, in questo caso invece l'informazione è concisa e diretta. Questo aspetto ha pregi e difetti: da un lato ci permette un minor livello di approfondimento, dall'altro non è più necessaria la trascrizione della conversazione da parte del ricercatore, che in tal modo ha la possibilità di dedicarsi maggiormente ad altri aspetti; va da sé che la quantità di commenti e giudizi in merito a una conversazione sono nettamente superiori a quelli che si potrebbero ottenere svolgendo delle interviste.

Riassumendo, cambiano le modalità con le quali siamo abituati a confrontarci: i passaggi di estrapolazione e di categorizzazione in fase di analisi restano identici, ma cambia la fase antecedente; non c'è più bisogno di sbobinature, il contenuto della conversazione è già stato scritto direttamente dalla persona; diminuiscono in tal modo anche le possibilità di eventuali incomprensioni.

⁶ Grazie al web mining è possibile effettuare approfondimenti per parole chiave senza dover limitare la propria lente di osservazione ai soli gruppi di cui si ha conoscenza; è altrettanto facile consultare la cronologia delle visite ai vari siti e monitorarne i login.

Ma facciamo un esempio pratico di quali possano essere gli utilizzi in un sistema complesso di tipo socio-sanitario: il monitoraggio di conversazioni e link, con la rispettiva analisi del contenuto, permette di dar voce in modo diretto alle considerazioni dei cittadini, ma anche dei pazienti che in tal modo divengono co-protagonisti di un'azione di empowerment, esprimendo le loro opinioni e contribuendo al processo decisionale di altri, che come loro sono in cerca di informazioni e di condivisione delle esperienze fatte. Le aree di interesse sono molte, dall'utilizzo di sostanze psicotrope alle malattie croniche, a patologie più specifiche, fino alla sfera del benessere della persona, dalle diete all'attività sportiva, dove spesso salute e benessere si incontrano.

Un altro tipo di analisi svolta attraverso i social media è la Sentiment Analysis (Corposanto 2014), simile all'analisi del contenuto, ma al contempo differente, una sorta 'di nuova via' con la quale è possibile analizzare quanto espresso nei blog e nelle pagine dei gruppi: banalizzando molto il processo di analisi, si estrapolano le conversazioni espresse su di un determinato aspetto/servizio che si intende studiare e si individuano tutti i giudizi positivi e negativi al riguardo. Il contributo in ambito socio-sanitario è molteplice. Spesso si discute di integrazione dei servizi, ma ancor poco si conosce degli aspetti pratici che contraddistinguono il legame tra i due: la Sentiment Analysis potrebbe porre in evidenza i punti di forza e di debolezza di un servizio, orientare il decisore politico verso alcune tematiche piuttosto che altre; il tutto distinto tra un livello 'micro', 'meso' e 'macro', ossia comunale, regionale e/o nazionale.

4.3 Web survey: le piattaforme al centro del web

Già in diverse occasioni ci siamo occupati di web survey (Corposanto, Molinari 2013a, 2013b, 2014): abbiamo discusso di campionamento, delle modalità di somministrazione; abbiamo testato lo strumento in diversi studi presentandone i risultati. Per tale motivo non riproponiamo in questa sede esempi già proposti altrove, ma ci poniamo da un punto di vista differente: la qualità del dato. Di questo aspetto infatti non abbiamo ancora discusso. Partendo dal presupposto già descritto nel secondo paragrafo, osserviamo che gli strumenti di rilevazione classici presentano dei bias, così anche le web survey, che trascinano con sé eventuali distorsioni, come patrimonio ereditario, dai loro predecessori 'questionari'.

Quando si pensa a un questionario si utilizza prevalentemente il verbo 'progettare' perché *ideare* un questionario non è cosa semplice: oltre alle 'regole' che tutti conosciamo, illustrate all'interno dei tanti manuali di metodologia della ricerca sociale, le piattaforme online per le web survey

rendono ancor più complessa questa fase⁷ con il rischio che, in cattive mani, lo strumento sia utilizzato in modo errato e, ancor peggio, siano fraintesi i risultati che ne derivano.

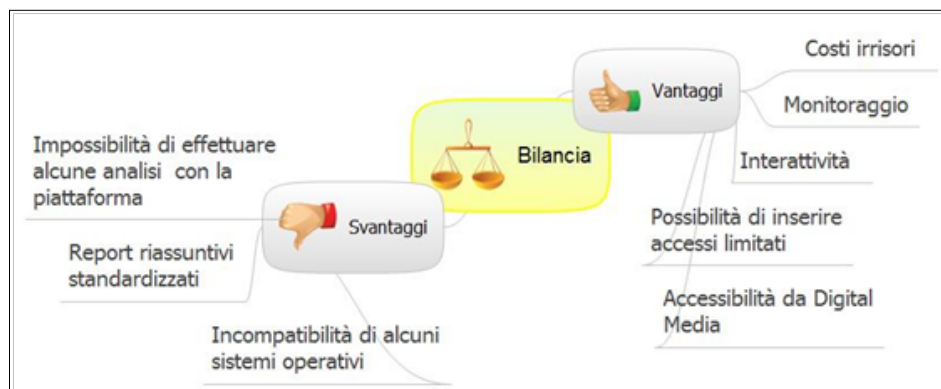


Figura 2. Vantaggi e svantaggi dell'utilizzo di piattaforme dedicate per web survey

Considerati questi aspetti potremmo pensare alle web survey come a una forma evoluta dei questionari cartacei, perché le analisi non cambiano, così come non cambiano le 'regole base' con le quali si progetta il questionario stesso, ma si differenzia fortemente nella forma del campionamento e anche nella fase di analisi dei dati.

Una forma ancor più innovativa è quella di utilizzare come mezzo di somministrazione le app predisposte per smartphone e tablet di modo che lo user debba prima rispondere a un questionario breve e successivamente accedere all'applicazione stessa. Anche di questa seconda opportunità abbiamo già discusso in diverse occasioni (Corposanto, Molinari 2013b, 2014). È un'alternativa che ancora oggi non è apprezzata quanto potrebbe, rientra però nell'idea che il web ci permette di 'piegare' per usi differenti piattaforme predisposte per altre finalità; dovrà essere cura del ricercatore mettersi in gioco e capire come poterne usufruire.⁸

⁷ Per una dettagliata definizione di pregi e difetti delle web survey si consulti Corposanto, Molinari 2014.

⁸ Per quanto riguarda le app, abbiamo presentato le modalità di utilizzo e i risultati di ricerca in due saggi in corso di pubblicazione dal titolo: *Web research e salute: Quando le app le usano per mangiare e Ditelo con un'app: Comunicare oltre*.

4.4 Interviste faccia a faccia e focus group, NGT, Delphi e brainstorming

Anche la tecnica più tradizionale, l'intervista, ha subito una 'trasformazione' con l'avvento del web: poter interagire in tempo reale come se fossimo in presenza ci permette di pianificare con maggior rapidità e facilità anche le interviste che un tempo risultavano più complesse a causa della lontananza e delle tante problematiche legate alla mobilità.

Sono molte le piattaforme che consentono questo tipo di interazione a distanza: alcune nascono per desk computer e si evolvono successivamente come applicazioni mobili (è il caso di Skype e di Facebook);⁹ alcune invece sono legate a una piattaforma che offre anche altri tipi di servizi (è il caso invece dell'Hangout di Google+); altre nascono e si sviluppano esclusivamente come applicazioni mobili (Viber).

La natura del dato che ne deriva è del tutto simile a quella che si ottiene in presenza: è comunque necessaria una sbobinatura di quanto emerso, vi è la possibilità di registrare la conversazione e, di riflesso, le analisi che saranno successivamente messe in atto non saranno poi molto differenti da quelle che scaturiscono dalle interviste tradizionali.

Portiamo a titolo d'esempio una prima analisi di sfondo effettuata con alcune organizzazioni di volontariato dell'Imperiese, tra le più rappresentative a livello territoriale, volte ad approfondire la condizione di salute del distretto socio-sanitario ventimigliese. Non entriamo nel merito di quanto emerso (Molinari 2012), ma ci preme in questa sede sottolineare il disegno campionario adottato e i risultati da esso ottenuti. Sono state realizzate 20 interviste in profondità faccia a faccia e altrettante 20 condotte attraverso Skype a under 45 estratti a sorte da una lista di partecipanti alle varie attività intraprese sul territorio dalle organizzazioni di volontariato. A parità di traccia d'intervista - in entrambi i casi la conversazione ha avuto una durata media di 45 minuti circa - la pianificazione temporale delle interviste, ossia la strutturazione dell'agenda incontri, è stata però molto più complessa per le interviste faccia a faccia, mentre le interviste online hanno avuto termine con una settimana d'anticipo rispetto alle precedenti.

Mancano all'appello le interviste di gruppo: focus group, nominal group technique, Delphi e brainstorming. Per ognuno di essi è necessaria una breve precisazione. Di focus group già tanto si è discusso in letteratura,¹⁰ è stato uno tra i primi strumenti della cassetta degli attrezzi a essere interessato ai cambiamenti apportati dal web: nasce così la distinzione tra focus group sincroni e asincroni (Palumbo, Garbarino 2006; Stagi 2000). A seguire sono stati interessati da questa trasformazione anche il Delphi e

9 Facebook ha, tra le tante opzioni, nell'area chat, anche un'opzione di videochiamata.

10 Solo a titolo d'esempio e senza alcune pretese di esaustività, citiamo Corrao 2000; Albanesi 2005; Zammuner 2003; Bloo, Frankland, Thomas, Robson 2001.

il NGT; anche in questo caso è semplice comprendere come tali strumenti non siano qualcosa di diverso, bensì la diretta conseguenza della loro versione web 2.0: non cambiano infatti le modalità con le quali si conduce il gruppo, sfruttando in questo caso però l'interattività della rete. Il brainstorming è molto più versatile dei precedenti strumenti, è possibile infatti parteciparvi attraverso Twitter: questo aspetto ci spinge a considerarlo a confine tra un nuovo strumento online e la sua forma tradizionale.

Nei precedenti paragrafi non ci siamo soffermati sui possibili utilizzi di tali strumenti in contesti riferiti alla valutazione dei servizi; al riguardo le interviste sono quelle che meglio si prestano a essere inserite all'interno di un disegno valutativo, le opportunità sono innumerevoli su molteplici scenari di approfondimento: dalla valutazione dell'accoglienza in pronto soccorso alla valutazione di un servizio di vaccinazione ospedaliero, ecc.

5 Considerazioni conclusive: vecchi strumenti nuove generazioni?

Dopo queste diverse riflessioni, la prima considerazione in merito alla cassetta degli attrezzi è che esistono diverse cassette, tante quante sono le lenti interpretative che il ricercatore intende utilizzare. Decidere che uno strumento sia all'interno di una cassetta piuttosto che di un'altra significherebbe pretendere di contenere all'interno di una categorizzazione una realtà in continuo mutamento.

Fatta tale precisazione, proviamo a cristallizzare a oggi una prima riorganizzazione degli strumenti della ricerca, distinguendo tra la cassetta tradizionale e quella web 2.0, così come ipotizzato nell'introduzione. Gli strumenti utilizzati nel web sono qualcosa di diverso dagli strumenti tradizionali, oppure sono una semplice prosecuzione, una forma evoluta di quelli tradizionali?

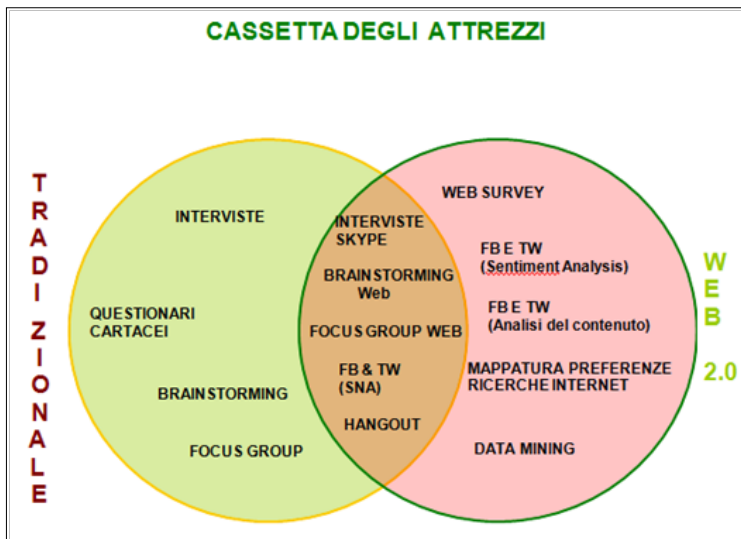


Figura 3. Confronto tra la cassetta degli attrezzi tradizionale e la cassetta degli attrezzi web 2.0

Grazie all'utilizzo di un Venn, abbiamo distinto le cassette degli attrezzi in due insiemi: tra i due è ben visibile una zona comune, all'interno della quale sono rappresentati gli strumenti web che consideriamo come la diretta prosecuzione degli strumenti tradizionali; a destra invece sono racchiusi gli strumenti che a nostro avviso possono essere considerati innovativi rispetto ai loro predecessori, quindi che possono apportare quel 'qualcosa di diverso' rispetto agli strumenti tradizionali.

La scelta di inserire uno strumento piuttosto che un altro all'interno di un'area è stata dettata dalle considerazioni fatte nei paragrafi precedenti; abbiamo quindi pensato:

- alla procedura di rilevazione;
- al tipo di dato che possiamo analizzare;
- alla qualità del dato nel suo insieme;
- al tipo di analisi che ci permette di svolgere il dato ottenuto.

La prima difficoltà è stata quella di riuscire a distinguere tra strumento e analisi, con il web i due aspetti sono infatti molto più legati che nei contesti di ricerca classici: da sempre il disegno della ricerca nasce definendo gli strumenti a partire da un oggetto di studio, con le ricerche in contesti web il pensiero cade dall'oggetto di interesse al tipo di analisi che è possibile effettuare. L'esempio eclatante di questo ultimo caso è la mappatura dei siti web, dove non vi è altro modo di conoscere le preferenze degli internauti se non attraverso la network analysis - i dati emersi possono infatti

essere utilizzati solo in tal senso – analisi questa che rientra a pieno titolo nei programmi di *web crawlers*.¹¹

Questi sono soltanto alcuni spunti applicativi, con l'auspicio che il web entri a pieno titolo tra gli strumenti di ricerca e sia utilizzato come mezzo attraverso il quale individuare nuove pratiche organizzative e gestionali anche in ambito socio-sanitario. A oggi infatti le politiche di pianificazione strategica adottate dalla Pubblica Amministrazione necessitano sempre più di un'ottica partecipata nei processi di definizione delle scelte e della loro relativa attuazione. Quale mezzo migliore se non il web, per realizzare conversazioni specifiche attraverso brainstorming online, focus group sincroni e asincroni, approfondire quanto emerge dai gruppi spontanei della pagine Facebook e Twitter, tracciare l'analisi delle preferenze di consultazione nei motori di ricerca più conosciuti, al fine di agevolare il consenso rispetto al programma adottato dall'Amministrazione, di modo che gli obiettivi che si intende perseguire siano più facilmente raggiungibili e condivisibili.

Bibliografia

- Albanesi, C. (2005). *I focus group*. Roma: Carocci editore.
- American Association for Public Opinion Research (AAPOR) (2006). *Standard Definitions: Final Dispositions of Case Codes and Outcomes Rates for Survey*. 4th edn. Lenexa (KS): AAPOR.
- American Association for Public Opinion Research (AAPOR) (2014). *Social Media in Public Opinion Research: Report of the AAPOR Task Force on Emerging Technologies in Public Opinion Research*. Lenexa (KS): AAPOR.
- Bethlehem, J.; Biffignandi, S. (2012). *Handbook of Web Surveys: Wiley Handbooks in Survey Methodology*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Bichi, R. (2007). *La conduzione delle interviste nella ricerca sociale*. Roma: Carocci editore.
- Bordieau, P. (1980). «Le capital social». *Actes de la recherche en sciences sociales*, 31, pp. 2-3.
- Bordieau, P. (1986). *The Forms of Capital*. In: Richardson, J. (ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. New York: Greenwood, pp. 241-258.
- Bloor, M.; Frankland, J.; Thomas, M.; Robson, K. (2001). *I focus group nella ricerca sociale*. Milano: Erickson.
- Carrington, P.J.; Scott, J.; Wasserman, S. (2005). *Models and Methods in Social Network Analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.

¹¹ Al riguardo è doveroso citare anche il web semantico che ci permette attraverso degli appositi tag di monitorare i contenuti e appunto il contesto semantico di una pagina web (Trobis 2014, pp. 67-104).

- Cipolla, C. (1988). *Teoria della metodologia sociologica*. Milano: FrancoAngeli.
- Cipolla, C. (1997). *Il ciclo metodologico della ricerca sociale*. Milano: FrancoAngeli.
- Corbetta, P. (1999). *Metodi e tecniche della ricerca sociale*. Bologna: il Mulino.
- Corbisiero, F. (2007). *Social Network Analysis (SNA): Tendenze, metodi e tecniche della prospettiva relazionale*. In: Anastasi, A. (2007), *Reti, regolazione, risorse di potere e politica locale*. Milano: FrancoAngeli.
- Corposanto, C. (2000). *Tecniche del sondaggio d'opinione*. Trieste: LINT.
- Corposanto, C. (2002). *Il ciclo statistico della ricerca sociale*. Milano: FrancoAngeli.
- Corposanto, C. (a cura di) (2004). *Metodologia e tecniche non intrusive nella ricerca sociale*. Milano: FrancoAngeli.
- Corposanto, C. (a cura di) (2011). *Celiachia, malattia sociale*. Milano: FrancoAngeli.
- Corposanto, C.; Molinari, B. (2013a). «Quando il dover mangiare in modo diverso complica le relazioni sociali». In: Clemente, C.; Guzzo, P.P. (a cura di), *I sistemi socio-sanitari regionali tra innovazioni e spendibilità*. Bari: Editore Cacucci.
- Corposanto, C.; Molinari, B. (2013b). «Ma i giovani celiaci la seguono la dieta *gluten free*?». In: Cipolla, C.; Maturo, A. (a cura di), *Sociologia della salute e web society*. Milano: FrancoAngeli.
- Corposanto, C.; Molinari, B. (2014). «Survey e questionari online?». In: Corposanto, C.; Valastro, A. (a cura di), *Blog, Fb e Twitter*. Milano: Giuffrè.
- Corposanto, C.; Valastro A. (a cura di) (2014). *Blog, Fb e Twitter*. Milano: Giuffrè.
- Corposanto, S. (2014). «La sentiment analysis». In: Corposanto, C.; Valastro A. (a cura di). *Blog, Fb e Twitter*. Milano: Giuffrè.
- Corrao, S. (2000). *Il focus group*. Milano: FrancoAngeli.
- Delli Zotti, G. (2010). *Tecniche grafiche di analisi e rappresentazione dei dati*. Milano: FrancoAngeli.
- Dillman, D.A. (2006). *Mail and Internet Surveys: The Tailored Design Method*. 2nd edn. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Di Franco, G. (2010). *Il campionamento nelle scienze sociali: Teoria e pratica*. Milano: FrancoAngeli.
- Grimaldi, R. (2005). *Metodi formali e risorse della Rete: Manuale di ricerca empirica*. Milano: FrancoAngeli.
- Guala, C. (2000). *Metodi della ricerca sociale: La storia, le tecniche, gli indicatori*. Roma: Carocci editore.
- Istat (2013). *Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari, anno 2012*. Roma: s.n.

- Lazarsfeld, P.F.; Rosenberg, M. (1955). *The Language of Social Research: A Reader in the Methodology of Social Research*. New York: Free Press.
- Lyberg, L.; Kasprzyk, D. (1991). «Data Collection Mode Effects on Responses to Attitudinal Questions». *Journal of Official Statistics*, 14 (1), pp. 1-14.
- Leone, L.; Prezza M. (1999). *Costruire e valutare i progetti nel sociale: Manuale operativo per chi lavora su progetti in campo sanitario, sociale, educativo e culturale*. Milano: FrancoAngeli.
- Losito, G. (1996). *L'analisi del contenuto nella ricerca sociale*. Milano: FrancoAngeli.
- Marradi, A. (1996). «Due famiglie un insieme». In: Cipolla, C.; De Lillo, A. (a cura di), *Il sociologo e le sirene: La sfida dei metodi qualitativi*. Milano: FrancoAngeli.
- Marradi, A. (1997). «Casuale e rappresentativo: ma cosa vuol dire?». In: Ceri, P. (a cura di) (1997), *Politica e sondaggi*. Torino: Rosenberg & Sellier, pp. 23-87.
- Marradi, A. (1987). *Concetti e metodo per la ricerca sociale*. Firenze: La Giuntina.
- Molinari, B. (2011). «Il distretto socio-sanitario ventimigliese: Uno studio di caso». *Politiche sociali e Servizi*, 1.
- Molinari, B. (2013). «La raccolta dei dati dal punto di vista del rilevatore: due censimenti a confronto». In: Aragona, B. (a cura di), *Interrogare le fonti 2: Un confronto interdisciplinare sull'uso delle fonti statistiche*. Napoli: Liguori Editore.
- Nigris, D. (2003). *Standard e non-standard nella ricerca sociale: Riflessioni metodologiche*. Milano: FrancoAngeli.
- Palumbo, M.; Garbarino, E. (2006). *Ricerca sociale: Metodo e tecniche*. Milano: FrancoAngeli.
- Piselli, F. (a cura di) (1995). *Reti: L'analisi di network nelle scienze sociali*, Roma: Donzelli.
- Salvini, A. (a cura di) (2007). *Analisi delle reti sociali: Teorie, metodi, applicazioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Stagi, L. (2000). «Il focus group come tecnica di valutazione: Pregi, difetti, potenzialità». *Rassegna Italiana di Valutazione*, 20, pp. 61-82.
- Tan, P.N.; Steinback, M.; Kumar, V. (2005). *Introduction to Data Mining*. Boston: Pearson Addison Wesley.
- Trobia, A.; Millia, V. (2011). *Social Network Analysis: Approcci, tecniche e nuove applicazioni*. Roma: Carocci editore.
- Trobia, A. (2014). «Web mining e application programming interfaces: Caratteristiche, strumenti, prospettive e limiti». In: Corposanto, C., Valastro, A. (a cura di), *Blog, Fb e Twitter*. Milano: Giuffrè.
- Vehovar, V.; Lozar Manfreda, K. (2008). «Overview: Online Surveys». In: Fielding, N.; Lee, R.M.; Blank, G., *The SAGE Handbook of Online Research Methods*. London: SAGE.
- Zammuner, V.L. (2003). *I focus group*. Bologna: il Mulino.

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

a cura di Alessandra Sannella e Franco Toniolo

Progettazione e valutazione, tra 'buone prassi' e web

Leonardo Altieri (Università di Bologna, Italia)

Abstract Several changes drive us to think over the ways of social planning: new needs, missing resources, new web opportunities, more citizens' participation, but more individualism too. Every social plan must now be assessed with a rigorous methodology. New opportunities offered by web can be exploited; in particular, the Internet offers possibilities for follow up evaluation and group techniques. On the other hand, the ambivalence of the web must be taken into account: it gives great opportunities but carries some risks, too. Actual, not just apparent, citizens' participation is necessary for social planning. We have to distinguish between citizens' activism and managers' activism. Accountability is necessary toward all stakeholders. This is the right way to practice fund raising (and to evaluate it) to replace resources that have been cut down. We show how the method of benchmarking is useful to develop the good practices of successful plannings.

Sommario 1. Verso innovazione e 'buone prassi' nella progettazione sociale. – 2. Progettare in sistemi di solidarietà o in sistemi di interesse? – 3. La valutazione dei progetti sociali. – 4. 'Buone prassi' e benchmarking. – 5. Ricerca valutativa e web. – 6. Reperimento delle risorse, fundraising e valutazione. – 7. Per 'buone prassi': partecipazione e restituzione.

Keywords Accountability in social planning. Citizens' participation. Web opportunities for evaluation.

1 Verso innovazione e 'buone prassi' nella progettazione sociale

Sono molteplici i fattori che ci obbligano a ripensare radicalmente il modo di concepire la progettazione di interventi sociali in tutti i suoi passaggi. Ne ricordiamo alcuni (senza la pretesa di essere esaustivi, ma solo di mettere in evidenza quei punti che ci appaiono ora particolarmente rilevanti):

- la nascita di nuovi bisogni e/o l'evoluzione di bisogni 'storici'; basti pensare ai mutamenti degli stili di vita, alle conseguenze di una crisi economica che si trascina ormai da anni, con le sue ricadute non solo in termini di nuove povertà o vulnerabilità sociali, ma anche di rottura e frammentazione dei legami sociali; oppure alla condanna al precariato per anni e anni non solo di larghi settori di giovani generazioni, ma anche degli espulsi dal mercato del lavoro ultracinquantenni, non di rado con enormi difficoltà nel rientro, perché considerati obsoleti sia per doti fisiche e psichiche, sia per capacità professionali al passo coi tempi;
- la riduzione enorme delle risorse disponibili per il welfare, che ri-

chiede l'assunzione di compiti sociali da parte di una molteplicità di soggetti e la centralità del reperimento di risorse, per cui, ad es., il *fundraising* diventa sempre più rilevante e non confinabile in ristretti ambiti;

- l'evolversi degli atteggiamenti e delle aspettative dei soggetti a cui gli interventi sociali si rivolgono: evoluzione ambivalente perché da un lato consiste in una maturazione di consapevolezza da parte dei cittadini-utenti, che rivendicano un ruolo non più passivo, dall'altro nella tendenza alla frammentazione e all'individualizzazione delle domande di servizi e di controllo sociale sui servizi, conseguenze sia della crisi economica sia di ideologie, come quelle derivanti dalla 'bio-medicalizzazione' della salute collettiva che spingono verso l'eccessiva responsabilizzazione del singolo (vedasi in proposito l'illuminante saggio di Arriscado Nunes 2011);
- il ruolo delle nuove opportunità offerte dal web in relazione a varie problematiche: mutamenti delle metodologie di lettura dei bisogni e di valutazione dell'efficacia della progettazione sociale, possibilità di informazione e comunicazione con i fruitori degli interventi, utilizzo del web per la fruizione stessa di servizi (che vanno innovati anche pensando al canale del web per la gestione stessa del servizio; basti pensare al fascicolo sanitario elettronico, oppure alle consulenze online o addirittura a prestazioni effettuate direttamente tramite web come la tele-cardiologia).

In questa sede, anche in relazione agli interventi che seguiranno, ci limiteremo a considerazioni limitate ad alcune tematiche:

- la necessità di mantenere un atteggiamento *critico* – pur nella consapevolezza della necessità di ottiche innovative nella progettazione sociale – non solo verso impostazioni consolidate nel passato (ad es. basate su logiche assistenzialistiche), ma anche verso 'mode' ideologiche imperanti e apparentemente inoppugnabili, ma non sempre solidamente fondate;
- il ruolo della valutazione (e del *benchmarking*) nell'affermazione e nel consolidamento di 'buone prassi' innovative nella progettazione sociale;
- il nuovo ruolo del web nella ricerca valutativa, le opportunità potenziali a esso collegate nonché i rischi e i limiti connessi ai canali telematici;
- l'importanza del *fundraising* (e parallelamente del *people raising*) in un contesto di limitatezza di risorse.

2 Progettare in sistemi di solidarietà o in sistemi di interesse?

In un saggio di grande spessore (che non a caso abbiamo tradotto, pubblicato e discusso qualche tempo fa: Altieri, Nicoli, Sturlese 2011), il collega portoghese João Arriscado Nunes poneva come fondamentale la relazione fra *concezione della salute e diritto alla salute*: mentre la società costruisce e trasforma nel tempo la propria concezione di salute, contemporaneamente costruisce e trasforma la propria definizione di diritto alla salute. Così, mentre da un lato gruppi di cittadini necessitano di veder riconosciuto il proprio stato di malattia (nel caso di nuove patologie o di nuove cause di patologie), e quindi il proprio diritto di accesso ai servizi, e in tal senso si mobilitano in istanze partecipative, dall'altro lato si impongono con pretesa di egemonia concezioni che isolano il singolo soggetto, subordinando i suoi diritti a presunte responsabilità individuali.

Pur non citandolo (e presumibilmente senza conoscerlo) qui Arriscado Nunes indirettamente riprende, aggiorna e approfondisce la distinzione di Pizzorno (1966 e 1993) fra *sistemi di solidarietà* e *sistemi di interesse*. Nei primi, come la classe sociale o lo Stato, si può chiedere un'azione individuale che identifichi i suoi fini con quelli degli altri individui. A questi si contrappongono i sistemi di interesse (un esempio preciso è il sistema economico nella sua configurazione dominante attuale), dove la partecipazione si pone in vista dell'interesse dell'attore (nel senso di un suo distinguersi da altri, migliorando la propria posizione relativa) e non in vista della solidarietà fra gli attori.

E il sistema preposto alla salute sociale è di solidarietà o di interesse? Secondo i criteri di alto livello normativo (dichiarazione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità; Costituzione italiana) dovrebbe appartenere al primo campo. Ma le contraddizioni sociali, storicamente determinate, lo pongono nel concreto, almeno in parte, come sistema di interesse. E la partecipazione in esso non può che fare i conti con questa ambivalenza costitutiva. Qui, proprio per questa contraddizione, possiamo concepire la partecipazione come azione in solidarietà con altri in vista di modificare la struttura (e quindi i valori) del sistema di interesse dominante. E quando un sistema di solidarietà opera sulla struttura e sui valori di un sistema di interesse ne consegue un processo che porta in direzione dell'affermazione del principio di *cittadinanza* che, anche e in modo specifico in sanità, pone la questione del grado minimo di uguaglianza.

Un'altra delle direttrici fondamentali del saggio di Arriscado Nunes è la distinzione fra *salute come diritto* e *salute come imperativo*. Sembra evidente che il concetto di *salute come diritto* appartiene ai *sistemi di solidarietà* e si colloca, appunto, in un processo teso alla *formazione di aree di uguaglianza fra i cittadini*. Invece la definizione della *salute come imperativo* (cioè legata a una responsabilizzazione individualizzata e dipendente dal nuovo complesso medico-industriale) si colloca dentro i

sistemi di interesse. Qui la salute viene trasformata in un valore di mercato, per cui la speranza di una vita più lunga e più di qualità spinge a vincolarsi alle merci prodotte e non alla trasformazione delle condizioni sociali e delle politiche pubbliche. 'Partecipare' qui significa partecipare come clienti ai livelli più alti del mercato. Saremmo cioè in presenza di una tendenza verso una *nuova economia politica della salute*, legata alle grandi imprese farmaceutiche e alle assicurazioni, che spingono gli operatori della sanità verso la *clientelizzazione* dei pazienti. Il problema del singolo utente quindi non sarebbe il riconoscimento dei propri diritti, ma il suo livello di 'responsabilizzazione', ma non in senso eticamente positivo, bensì nel senso della sua capacità individuale di raggiungere uno stile di vita 'salutare', cioè di acquisire merci e servizi nelle quote più alte del mercato (della farmaceutica, delle terapie somministrate da specialisti privati di prestigio, del fitness, ecc.).

Ma ci sono anche processi che vanno in altra direzione, quando i cittadini si aggregano, come ci ricorda sempre Arriscado Nunes, attraverso forme di «resistenza e di attivismo di forum, piattaforme, movimenti e iniziative per l'affermazione della salute come diritto fondamentale». Allora la partecipazione si realizza appunto tramite il coinvolgimento attivo in queste modalità di azione. Alla partecipazione *come cliente* si affianca e, talvolta, si contrappone la partecipazione *come cittadino attivo*.

In indiretta sintonia con queste è la riflessione proposta da Mazzoli (2011). Egli infatti sostiene che la rivendicazione di nuovi e più articolati diritti di cittadinanza deve misurarsi col fatto che un diritto non vige solo perché scritto sulla carta ma, soprattutto nel caso dei *diritti promozionali*, come quelli di cittadinanza, diventa concreto ed esigibile se esiste un *ethos sociale* diffuso (un *sistema di solidarietà*, appunto) che veicoli i valori di cui la norma giuridica vuole farsi garante. Infatti, se giustizia ed equità sociale evaporano, si disperde la possibilità di tutela e promozione dei diritti di cittadinanza.

Ecco allora che 'buone prassi' innovative dovrebbero mettere al centro il riconoscimento pieno dei diritti dei cittadini, da un lato, e valorizzare processi effettivi di partecipazione attiva, dall'altro, distinguendoli da forme pseudo-partecipative, ma al massimo limitatamente consultive, magari utili solo all'immagine di manager o politici.

3 La valutazione dei progetti sociali

Ogni giudizio su progetti innovativi, per poterli definire 'buone prassi', comporta un rigoroso lavoro di valutazione. La valutazione, cioè, non può consistere in un'attribuzione di valori positivi o negativi basandosi su opinioni soggettive, su assiomi (non dimostrati) che vanno per la maggiore in quel dato momento, su risultanze parziali o scarsamente fondate.

Alla base della valutazione ci deve essere uno studio rigoroso, basato sia su criteri sia su tecniche non unilaterali, ma condivise dalla comunità scientifica.

Innanzitutto, occorre distinguere ‘valutazione’ da ‘monitoraggio’ e da ‘verifica’. Tutte e tre sono attività imprescindibili. Il monitoraggio consiste in una raccolta sistematica di dati sullo svolgersi del progetto: sugli utenti, le loro tipologie, i loro accessi ai servizi; sulle prestazioni per tipi, per durata, per costi; sugli addetti, sui bilanci, ecc. Per verifica intendiamo un’attività sistematica, interna al progetto, da parte di responsabili e operatori, per fare il punto sullo svolgersi del proprio lavoro, da registrare in verbali di riunione, in resoconti, in diari relativi agli utenti, ecc.

La valutazione è ‘altro’, ma ha bisogno sia dei dati di monitoraggio sia dei documenti relativi alle verifiche. La carenza di tali dati e documenti rende molto più arduo il lavoro di valutazione, che dovrebbe in partenza supplire a tali mancanze.

La valutazione innanzitutto si deve dare *criteri*, mettendo al centro sia la ‘soddisfazione’ degli utenti, sia un giudizio sull’efficacia, cioè sulla capacità di raggiungere gli obiettivi prefissati, sia un’analisi delle criticità che hanno eventualmente ostacolato tale risultato, per poter poi produrre proposte operative di rettifica.

In secondo luogo, come abbiamo ampiamente esposto in altre sedi (Altieri 2009), occorre impiantare una ricerca valutativa metodologicamente corretta, con *tecniche* adeguate. In generale possiamo dire che è opportuna un’impostazione di *integrazione metodologica*: non limitarsi cioè a una sola tecnica (ad es. sondaggi di soddisfazione, oggi tecnica imperante), ma usare una pluralità di tecniche tali da compensare i limiti inevitabili connessi all’uso di un solo strumento e da cogliere i principali aspetti di un problema (ad es. integrando il sondaggio con tecniche di gruppo per esperti).

La valutazione di progetti sociali dovrebbe articolarsi in:

- valutazione *ex ante*: prima dell’implementazione, interrogandosi, con l’ausilio di esperti, su *sensibilità* (cioè capacità di leggere i bisogni nel loro evolversi e nelle loro sfaccettature), *coerenza* fra i vari passaggi del progetto (dalle scelte di valore cui si ispira, alla definizione degli obiettivi, alle decisioni relative a risorse da impiegare, metodi di lavoro e organizzazione), *sostenibilità* (cioè proporzione fra risorse da impiegare e obiettivi sociali perseguiti, anche in comparazione con altri possibili usi di tali risorse);
- valutazione *in itinere*, cioè in corso d’opera: se il progetto non ha breve durata, per poter operare tempestivamente rettifiche sia nella lettura dei bisogni e quindi degli obiettivi, sia nelle risorse e nei metodi di lavoro;
- valutazione *ex post*: sui risultati immediati, alla fine del progetto; oggi la più praticata;

- valutazione di *follow up*: poco utilizzata per i costi e le difficoltà pratiche, ma spesso la più importante, perché mette a fuoco l'*impatto* effettivo di un progetto (ad es. la coerenza fra formazione professionale e sbocchi coerenti, anni dopo, sul mercato del lavoro; oppure il mantenimento in astinenza per anni, dopo la fine apparentemente positiva di un percorso terapeutico da parte di ex tossicodipendenti).

Un lavoro rigoroso di valutazione necessita che nel progetto da analizzare siano presenti alcune *condizioni*:

- dimensione delimitata e ben precisata del progetto stesso;
- definizione chiara degli obiettivi;
- carattere integrato degli interventi;
- disponibilità di personale professionalmente qualificato;
- cooperazione delle parti sociali;
- presenza di adeguati strumenti di diagnosi dei problemi e di verifica dei risultati;
- predisposizione della rilevazione delle informazioni necessarie tramite monitoraggio sistematico e continuativo;
- distinzione fra responsabili dell'attuazione e valutatori dei progetti;
- accessibilità delle informazioni necessarie.

Quanto ai *compiti* della valutazione, possiamo indicare i seguenti:

- connessione e coerenza tra gli interventi messi in campo all'interno di un progetto;
- raccordo e collaborazione tra istituzioni pubbliche e attori sociali in una logica di co-produzione degli interventi, anche con vere e proprie forme di 'programmazione negoziata' a livello locale (un ruolo attivo oggi può essere riconosciuto ai nuovi soggetti del 'terzo settore');
- calibratura delle iniziative su specifici bisogni e problemi identificati a livello locale;
- tendenziale personalizzazione degli interventi;
- attivazione dei beneficiari, delle loro risorse, del loro investimento di tempo, impegno, responsabilità.

4 'Buone prassi' e benchmarking

Dato che parliamo progetti innovativi basati su 'buone prassi', è molto importante occuparsi della loro conoscibilità e diffusione. È allora opportuno optare per una valutazione della performance anche attraverso la scelta di un *modello orientato al benchmarking* (Altieri, Togni 2005).

Il benchmarking è una tecnica manageriale che

consiste nel confrontare il vissuto della propria azienda con quello delle aziende migliori al fine di razionalizzare obiettivi, strategie e processi e raggiungere l'eccellenza individuando i fattori critici, di successo ed elementi guida. Il confronto avviene alla pari su risultati e processi di produzione («Definizione e note» 1998).

Nel nostro caso specifico l'azione di benchmarking potrebbe essere eseguita confrontando la performance di progetti simili o almeno analoghi. Questo tipo di valutazione dovrebbe permettere di individuare gli eventuali punti di eccellenza esportabili in altri progetti e in altri contesti, nonché le modalità e le procedure che ne permettano la realizzazione, per renderle successivamente trasferibili.

Anzitutto la *logica del benchmarking*, che è affine o collegata al tema del *miglioramento continuo*, soddisfa la necessità di realizzare una valutazione delle attività svolte privilegiando la *prospettiva di learning*, apprendimento dalle esperienze realizzate in altri contesti dove hanno ottenuto buoni risultati, ma anche autoapprendimento. Infatti costruire un sistema di benchmarking comporta l'instaurazione di un processo di auto-analisi della propria performance e di apprendimento dalle migliori performance.

L'importanza della dimensione dell'apprendimento nella valutazione è stata ampiamente sottolineata e inserita a pieno titolo in quello che viene definito «il processo del fare valutativo»,¹ sostenendo che fare valutazione è di per sé un'occasione che presenta opportunità reali di apprendimento producendo maggior cambiamento all'interno delle organizzazioni di quanto non ne producano i risultati stessi della valutazione.

Ragionando sempre in questa prospettiva, il benchmarking permette inoltre di valorizzare un aspetto sempre più importante al giorno d'oggi, che è il lavoro in rete. All'interno della rete sarebbe possibile confrontarsi stabilendo le regole di imitazione, emulazione e concorrenza, raggiungendo in questo modo un equilibrio fra comportamenti cooperativi e concorrenziali, riducendo i conflitti di interesse e le asimmetrie o incanalandoli positivamente, in modo che possano risultare benefici per tutti i partecipanti della rete.

Inoltre, l'uso delle benchmarking in un'attività di valutazione introduce fortemente la dimensione della qualità che costituisce un aspetto fondamentale nell'ambito dei servizi che richiedono risorse umane sempre più qualificate e hanno la necessità di utilizzare in modo più produttivo le risorse.

La tecnica del benchmarking prevede un confronto tra i processi di lavoro utilizzati da organizzazioni diverse, allo scopo di individuare (Togni 2005): le differenze; le prestazioni *eccellenti*; i 'fattori di successo'. L'uso della tecnica del benchmarking implica (Togni 2005):

1 M. Foresti, V° Congresso Associazione Italiana di Valutazione, Bologna, 9-11 Maggio 2002.

1. definire le attività da confrontare, la *performance* a cui si intende applicare il benchmarking;
2. individuare il *best performer* assoluto o relativo, cioè il soggetto che nell'attività in questione raggiunge il risultato migliore; per poter stabilire qual è il processo 'eccellente', quello da prendere ad esempio, occorre definire dei parametri o indicatori di processo;
3. descrivere e confrontare i processi e i risultati, rendendo visibili competenze, strumenti, vincoli, ruoli che li caratterizzano, mettendo in evidenza gli eventuali percorsi irrazionali e consentendo di 'fornire' il migliore risultato a chi gestisce la fase successiva, aiutando chi organizza i processi e chi vi lavora operativamente a capire come funziona il lavoro e che tipo di correttivi introdurre per risparmiare tempo e risorse;
4. valutare analiticamente per individuare quali sono le pratiche di eccellenza, tenendo conto degli effetti dovuti a fattori esterni che possono influenzare le pratiche del best performer;
5. individuare i 'fattori di successo';
6. individuare le strategie di miglioramento, grazie anche ai suggerimenti e alla collaborazione degli attori del progetto in analisi;
7. monitorare le azioni necessarie all'attuazione della strategia.

5 Ricerca valutativa e web

Un ricercatore e, in particolare, un valutatore (il cui ruolo consiste proprio nel fare sempre un bilancio critico, cioè di individuare aspetti positivi e aspetti critici dell'oggetto di studio) dovrebbe sempre evitare sia apologie sfrenate sia un pessimismo pregiudiziale quando riflette sulle opportunità offerte oggi dal web.

Abbiamo già sostenuto altrove (Altieri 2014) che il web è un luogo ambivalente, per navigare nel quale abbiamo bisogno di «chiavi e bussole».

Se, tradizionalmente, studiare, ricercare e anche valutare, voleva dire fare un viaggio in profondità, nel web la priorità attribuita alla profondità non è più unanime. Si affianca un diverso modello: essenziale diviene muoversi velocemente tra intuizioni ed esperienze, anche cogliendo nessi originali e inediti. Ora, al posto della profondità, si privilegiano: istantaneità, contemporaneità, velocità, rischio, superficialità, livellamento. Con internet abbiamo (o crediamo di avere) tutto e subito. Ma in questo 'tutto' non c'è la *chiave* per distinguere il vero dal falso, per scegliere ciò che è importante da ciò che è inutile. La 'chiave' non ci può venire dal web, ma è qualcosa che dobbiamo costruirci noi.

I nuovi media si presentano con la promessa di democratizzare la produzione e l'accesso a informazioni, conoscenze e contenuti di tutti i tipi. Possiedono infatti caratteristiche - multimediali, convergenti, ipertestuali,

distributive, interattive, sociali e mobili – che li differenziano dai media tradizionali (Arvidsson, Delfanti 2013).

Possono praticare la dis-intermediazione di figure parassitarie fondate su una rendita di posizione: gerarchie di potere, multinazionali burocratiche dell'industria culturale, pratiche giornalistiche (informative) obsolete, ecc. (Arvidsson, Delfanti 2013). Ed è evidente come ciò possa essere utile per una valutazione metodologicamente corretta e libera. Ma non manca chi mette in evidenza come l'attuale struttura di internet, dominata dai network e da Google, finisca per disperdere le sue potenzialità a vantaggio dei grandi gruppi di potere (Lovink 2008). Così come a Toffler (1987), che teorizzava la nuova figura del *prosumer*, complementarietà di consumatore e produttore nel web, si contrappone Siegel (2011), per il quale l'*homo interneticus* sul web è in realtà strumentalizzato e chiuso in reti di narcisismo (ad es., grazie al legame costruito cliccando sul 'mi piace').

Il problema allora è come navigare nel cyberspazio senza andare alla deriva. Così come occorre una 'chiave', occorre anche una *bussola* per orientarci e scegliere (Cipolla 2014).

Si pongono quindi problemi di vario tipo, problemi che potremmo definire 'macro-metodologici' e problemi 'metodologico-tecnici'.

Fra i primi collochiamo innanzitutto questo: se è vero che il web, di per sé, non opera censure, dobbiamo però anche chiederci se anche nel web si esercitano influenze culturali egemoniche. La nostra risposta è affermativa. Anzi, possono predominare quelle che Sorokin (1965) chiamava «mode, manie e debolezze» (*fads and foibles*).

Un secondo problema sorge in relazione alla quantità enorme (e crescente) di informazioni disponibili sul web. Il problema è: sul Web c'è tutto? C'è una quantità straordinaria di informazioni e di tipi di informazioni. Ma:

- non tutte le informazioni sono accessibili in pari grado; esiste una 'graduatoria' di accessibilità, definita, ad es., dalla quantità di accessi pregressi: cioè, ciò che è meno cercato è più difficile da trovare;
- mentre nella ricerca tradizionale, il ricercatore (o il valutatore) conosce i suoi 'filtri', cioè gli attori sociali che gli forniscono informazioni e, in particolare, ne conosce l'*affidabilità*, per molte informazioni disponibili nella rete non conosciamo gli emittenti, i testimoni, le fonti;
- se il ricercatore-valutatore usa solo la rete, vede solo ciò che è in rete, o meglio solo ciò che in rete è molto diffuso, o solo ciò che circola in determinati ambiti; *non vede più – quindi – anche con i propri occhi*, ma solo con gli occhi di chi immette informazioni in rete; la rete in tal caso non sarebbe più solo una '**protesi**' del ricercatore, ma diverrebbe un '**sostituto**' dei suoi occhi: una 'protesi' la posso controllare, ma di un 'sostituto' potrei non avere il controllo;
- riprendendo Guba e Lincoln (1989), quando sostengono che la predominanza quasi assoluta (in passato) dei metodi quantitativi nella

ricerca valutativa ha fatto sì che tutto ciò che non era riducibile a dato quantitativo era come non esistente, allo stesso modo **il rischio è che tutto ciò che nel web non si trova (o si trova con grandi difficoltà) è come se non esistesse.**

Ci sono poi, in generale, problemi metodologici non irrilevanti connessi all'attore emittente informazioni in rete:

- problema dell'**identificazione** del testimone, della fonte: chi è questo soggetto sia in termini di dati anagrafici, sia di caratteristiche sociologiche e psicologiche (che possono influenzare anche molto i contenuti della sua informazione);
- problema della **contestualizzazione**, cioè della definizione della situazione all'interno della quale quel dato attore ha immesso l'informazione (pensiamo, ad es., a un operatore che risponde online a un quesito valutativo in presenza del suo dirigente: i contenuti potrebbero essere fortemente influenzati);
- problema dell'**affidabilità** della fonte, cioè della correttezza, attenzione, scrupolosità, ecc. dell'attore emittente quella data informazione sul web;
- problema quindi dell'**attendibilità** dell'informazione, della sua corrispondenza alla realtà, della sua esaustività, ecc.

Una nostra ipotesi di fondo è che, grazie alla ricchezza di informazioni disponibili sul web, grazie al superamento di limiti spaziali e temporali, grazie alla possibilità di archiviare quantità enormi di dati e grazie alla riduzione di costi, oggi sia possibile andare oltre la valutazione *ex post*, al momento la più accessibile e diffusa.

Oggi, infatti, possiamo prevedere che, grazie al web, anche le valutazioni *ex ante* e di *follow up* potranno essere riconsiderate e più ampiamente usate.

In specifico, la valutazione *ex ante*, che permetterebbe di non varare progetti sociali inadeguati o di correggerli prima del varo, potrebbe finalmente trovare il giusto spazio grazie a:

- la possibilità di archiviare tutte le informazioni relative ai bisogni cui quel dato programma (o servizio) deve rispondere;
- la possibilità di mettere in rete tutta la documentazione possibile su un dato programma, servizio, intervento sociale;
- la possibilità di contattare facilmente esperti, anche molto distanti o molto impegnati, perché esprimano un giudizio competente prima dell'avvio;
- la riduzione dei costi e dei tempi per le precedenti operazioni.

Similmente, anche la valutazione di *follow up* dovrebbe trarre grandi vantaggi. Essa non è affatto sottovalutata nella letteratura, anzi! Ma fino a poco tempo fa vi erano grossi ostacoli pratici alla sua effettuazione, a partire dal problema della distanza temporale fra fine del programma e momento del follow up. Oggi invece col web:

- è possibile archiviare agevolmente nomi, identificativi, recapiti degli attori sociali, degli stakeholder, dei fruitori di programmi e servizi;
- è possibile aggiornarli, è possibile 'inseguire' o reperire nomi e recapiti anche a distanza di anni;
- è possibile far sì che siano gli attori (o stakeholder o fruitori) stessi a individuare e a contattare i valutatori;
- si superano agevolmente le distanze temporali e spaziali fra valutatori e utenti in passato dei servizi, fra valutatori ed esperti da consultare.

Per limiti di spazio, non parleremo qui di sondaggi online (tecnica ormai ampiamente usata), né delle interviste in rete, rimandando ad altri interventi (Altieri 2009, pp. 276-280; 2014), ma ci soffermeremo solo su alcune brevi riflessioni sulle tecniche di gruppo online, particolarmente utili per giudicare la progettazione sociale e le sue 'buone prassi'.

L'ipotesi è che il web produrrà (sta già producendo) una grande valorizzazione ed evoluzione delle tecniche di gruppo, in particolare di quelle rivolte agli esperti.

È infatti altamente probabile che le nuove tecnologie informatiche e digitali possano produrre alcuni importanti cambiamenti nelle tecniche di gruppo, cambiamenti che del resto balzano già agli occhi come potenzialità in atto:

- un uso sempre più diffuso di quelle tecniche che non prevedono la riunione fisica o istantanea dei partecipanti (in tal modo si perderà un elemento vitale dato dalla dinamica empatica del gruppo riunito fisicamente, ma ci si avvantaggerà sempre più della possibilità di riunire soggetti distanti, particolarmente significativi per quel dato studio);
- la possibilità di pensare sempre più spesso a lavori di gruppo a stadi, con i partecipanti che, a tappe, si riuniscono più volte *virtualmente* per affrontare vari aspetti dell'evaluando, o per seguire la sua evoluzione nel tempo, o per approfondire progressivamente un processo valutativo;
- l'utilizzazione della ricchezza semantica delle immagini, riproducibili e facilmente trasmissibili in forma digitale (oggi ampiamente trascurate, ma dalle potenzialità imprevedibili), nelle tecniche di gruppo, sia come rappresentazione dell'oggetto da valutare sia come rappresentazione dei giudizi.
- la proposta di Bertin (2011) di un lavoro di gruppo *a processo integrato* non solo è interessante, ma nella potenzialità offerte dall'informatica trova un suo fondamento, in particolare in riferimento alle tecniche Delphi e Nominal Group.

6 Reperimento delle risorse, fundraising e valutazione

In regime di scarsità di risorse può essere molto importante per la progettazione sociale, sotto la direzione politica degli enti rappresentativi della *democrazia dei cittadini*, da un lato coinvolgere i soggetti del terzo settore, dall'altro puntare sul fundraising, cioè sul reperimento di risorse (innanzitutto finanziarie, ma non solo).

La valutazione del percorso del fundraising deve diventare una componente necessaria, in linea con la più generale diffusione di una cultura della valutazione. La valutazione del fundraising non dovrà solo indicare astrattamente una metodologia teorica, ma declinarla sugli attori del terzo settore (associazionismo e cooperazione sociale in primis) e articolarla nel contesto socio-territoriale specifico.

Se in una società democratica complessa la valutazione non dovrebbe essere delegata in bianco a élite di 'esperti', ma seguire un *percorso partecipato* con il coinvolgimento degli attori sociali e degli stakeholder in gioco (Altieri 2009), ciò è particolarmente opportuno per il fundraising: non solo si tratta di stakeholder molteplici ed eterogenei (cooperazione sociale; volontariato; soggetti sociali vulnerabili, relative famiglie e loro associazioni; enti locali; fondazioni; potenziali donatori dotati di elevata sensibilità sociale, ecc.), ma anche di attori socialmente vivaci, attenti, motivati, orientati al protagonismo, non relegabili a ruoli passivi e subalterni. Il percorso valutativo proposto, anche a livello metodologico, non può non tener conto della sensibilità, dell'attenzione e del protagonismo dei soggetti interessati. Considerazione analoghe possiamo farle per il reperimento di 'risorse umane' (*people-raising*), cioè di operatori e volontari che possono pervenire da varie fonti, soprattutto nel terzo settore.

Nel campo qui considerato sembra opportuno pensare a una valutazione mirata su due direzioni:

- valutazione, innanzitutto e soprattutto, del fundraising in sé, del raggiungimento dei suoi obiettivi, del suo percorso, dei *target di donatori* raggiunto, ecc.;
- valutazione delle specifiche attività per cui sono stati raccolti fondi e donazioni, ai fini di una corretta ed opportuna 'restituzione' (vedi oltre).

Qui è opportuno articolare la valutazione su più aspetti:

- possesso di strumenti utili per campagne di fundraising;
- strategia e percorso del fundraising;
- risultati raggiunti;
- target di donatori e stakeholder effettivamente coinvolti.

Prima di tutto è opportuno interrogarsi se l'organizzazione che intende avventurarsi nel mare aperto del fundraising possiede l'equipaggiamento idoneo: un bagaglio costituito da carta dei servizi, bilancio sociale, codice

etico, piano di sviluppo strategico, documenti relativi alla corporate reputation, ecc. (Altieri, Martino 2014).

L'insieme di questi strumenti, sulla cui definizione in questa sede non possiamo soffermarci rimandando ad altre fonti (Altieri, Martino 2014), è molto importante per le molteplici funzioni che assolve. Qui ne indichiamo alcune rilevanti per la progettazione sociale e per il reperimento di risorse; esso:

1. esprime i valori e le meta-finalità a cui si ispira la progettazione;
2. serve per dare un'*immagine* precisa dell'organizzazione preposta alla progettazione, della sua credibilità e affidabilità, a partire da quanto ha fatto ai fini del benessere collettivo;
3. informa sulle risorse e le attività a disposizione, sulle modalità di accesso e di intervento da parte degli utenti, permettendo anche il controllo da parte dei cittadini, in termini di qualità, sull'erogazione dei servizi stessi;
4. spinge l'organizzazione al rispetto degli impegni assunti nei confronti dei fruitori di servizi e degli stakeholder;
5. indica i percorsi per la *restituzione*, cioè per informare donatori e stakeholder su come sono state usate le risorse da loro ricevute;
6. contemporaneamente è un mezzo per l'*accountability*, cioè *rendicontazione*, ma non nel senso burocratico di stendere un rendiconto formale, bensì nel senso forte di 'render conto' di quanto fatto a donatori e stakeholder;
7. fornisce dati relativi all'*assunzione di responsabilità* sociale da parte dell'organizzazione (compiti assolti e compiti che ci si impegna ad assolvere in futuro);
8. indica i contenuti sui quali si può produrre *partecipazione*, ovvero sui quali gli stakeholder possono dare contributi attivi circa le finalità sociali da perseguire e le modalità da attivare per perseguirle.

I documenti suddetti vanno prima costruiti con grande attenzione, poi sottoposti a valutazione, sulla base dei seguenti criteri:

- *coerenza* con valori, mission, finalità dichiarate da parte dell'organizzazione;
- *affidabilità* e *attendibilità* di quanto in essi contenuto: informazioni precise, corrispondenti alla realtà, documentate in modo sicuro, concretezza delle informazioni;
- *chiarezza* e *comprensibilità* delle informazioni contenute e in particolare degli impegni assunti da parte degli interlocutori cui ci si rivolge (linguaggio non tecnicistico, dati essenziali, ecc.), poiché la difficile comprensibilità, oltre a non raggiungere lo scopo informativo, dà anche un'*immagine* negativa dell'organizzazione, come soggetto lontano ed estraneo;
- *esaustività* delle informazioni ivi contenute;
- *praticabilità* dei percorsi indicati per verificare il mantenimento degli impegni;

- presenza dei *requisiti*, cioè delle precondizioni da mettere in campo per poter attuare programmi (ciò innanzitutto per quelle strutture - sanitarie ed assistenziali - per le quali i requisiti sono condizione di accreditamento istituzionale, ma poi anche per ogni intervento sociale);
- *diffusione* la più ampia possibile e soprattutto mirata a precisi target di interlocutori (da cui ci si attende, appunto, un contributo sostanzioso di risorse, sia economiche che umane).

Un ulteriore passaggio consiste nell'identificazione e poi nell'analisi dell'effettivo raggiungimento dei *fund doner*. Ciò significa interrogarsi se si è esaminato il quadro delle personalità, delle culture e delle motivazioni che compongono la platea di donatori e se si sono selezionati quei soggetti a cui conviene rivolgere le proprie azioni di sensibilizzazione e coinvolgimento. Avendo maggiormente chiaro, infatti, i tipi di donatori più idonei (e sensibili) agli scopi che si intendono perseguire, possiamo valutare anche i seguenti aspetti: individuazione di modalità adeguate per attirare l'attenzione, stimolazione dell'interesse, formulazione di messaggi comunicativi ad hoc diretti a uno specifico target di potenziali donatori, comprensione dei rifiuti, avvio di pratiche volte alla conservazione dei donatori acquisiti (Altieri, Martino 2014).

7 Per 'buone prassi': partecipazione e restituzione

Fra i presupposti di una progettazione orientata a produrre 'buone prassi' ce ne sono anche altri, che indichiamo rapidamente. Gli attori in gioco, a partire dai responsabili dei progetti sociali, dovrebbero lavorare anche su altre tre direzioni: l'indicazione di 'buone cause'; la partecipazione attiva degli stakeholder; la restituzione di quanto realizzato.

Relativamente al primo punto, si tratta di operare attentamente e poi comunicare adeguatamente per dimostrare il 'valore aggiunto' apportato alla comunità da quel determinato progetto o intervento.

In secondo luogo, rispetto a mode (o a *fads and foibles*?) recenti che straparlano di presunte esperienze di 'democrazia deliberativa', occorre un attento atteggiamento critico che sappia distinguere fra esperienze di **partecipazione effettiva** dal basso (*civic activism*), che riesce a incidere sui processi decisionali, e **partecipazione apparente** (e al massimo consultiva), dove quasi tutto è deciso dall'alto (i tempi, generalmente brevissimi, di pochissimi giorni e a volte addirittura di poche ore; i partecipanti, spesso non rappresentativi; i temi da trattare, limitatissimi: *manager activism*).

Sul terzo punto va ribadita la forte rilevanza della *restituzione*. Essa va intesa non come semplice informazione, non solo come trasparenza (dei propri bilanci e delle proprie attività), ma anche come *assunzione di*

responsabilità, come rendere conto, come sottoporsi al giudizio esterno, come disponibilità a mettersi in discussione. In qualche modo, significa dire agli stakeholder, ai donatori effettivi e potenziali, alla comunità locale dove si opera: «Ci siamo presi di fronte a voi impegni precisi, ci avete sostenuto con risorse umane, donazioni, messa a disposizione di mezzi; ecco che vi rendiamo conto di quanto fatto, per dimostrarvi il mantenimento degli impegni, disponibili a discutere con voi i risultati, le criticità, i percorsi futuri...». L'ipotesi è che con un'attitudine di questo tipo l'impatto su stakeholder, donatori, comunità sia molto più forte! E coinvolgente!

La valutazione è decisiva per costruire tutto questo!

Bibliografia

- Altieri, L. (2009). *Valutazione e partecipazione: Metodologia per una ricerca interattiva e negoziale*. Milano: FrancoAngeli.
- Altieri, L. (2012). *Interventi per i giovani: Progettazione e valutazione di osservatori, centri di ascolto, consultori, informagiovani, laboratori*. Faenza: Homeless Book.
- Altieri, L. (2014). «Bussole e chiavi per navigare e valutare: Valutazione della progettazione e web». In: Cipolla, C. (a cura di), *La progettazione sociale nella web society*. Milano: FrancoAngeli.
- Altieri, L.; Martino, F. (a cura di) (2014). *Valutazione del fundraising nell'ambito della cooperazione sociale: Il caso della Provincia di Mantova*. Milano: FrancoAngeli.
- Altieri, L.; Nicoli, M.A.; Sturlese, V. (a cura di) (2011). *La sanità dei cittadini*. Milano: FrancoAngeli.
- Arriscado Nunes, J. (2011). «Salute, diritto alla salute e giustizia sanitaria». *Salute e Società*, 2, pp. 181-206;
- Arvidsson, A.; Delfanti, A. (2013). *Introduzione ai media digitali*. Bologna: il Mulino.
- Bertin, G. (2011). *Con-sensus method: Ricerca sociale e costruzione di senso*. Milano: FrancoAngeli.
- Cipolla, C. (a cura di) (2014). *La progettazione sociale nella web society*. Milano: FrancoAngeli.
- «Definizione e note» (1998). «Definizione e note per un Glossario della Qualità». *De Sanitate*, 3, settembre-ottobre, supplemento.
- Di Fraia, G. (2004). *E-research: Internet per la ricerca sociale e di mercato*. Roma; Bari: Laterza.
- Frudà, L. (a cura di) (2002). *Mutamenti globali e governo locale: Globalizzazione e pubblica amministrazione nell'Italia centrale*. Milano: FrancoAngeli.
- Guba, E.G.; Lincon, Y.S. (1989). *Fourth Generation Evaluation*. London: SAGE.

- Lovink, G. (2008). *Zero comments: Teoria critica di internet*. Milano: Mondadori.
- Mann, C.; Stewart, F. (2000). *Internet Communication and Qualitative Research: A Handbook for Researching Online*. London: SAGE.
- Mazzoli, G. (2011). «Nuove vulnerabilità come opportunità per il ripensamento dei percorsi partecipativi». In: Altieri, L.; Nicoli, M.A.; Sturlese, V. (a cura di), *La sanità dei cittadini*. Milano: FrancoAngeli, pp. 50-68.
- Pizzorno, A. (1966). «Introduzione allo studio della partecipazione politica». *Quaderni di Sociologia*, 3-4, numero monografico.
- Pizzorno, A. (1993). *Le radici della politica assoluta e altri saggi*. Milano: Feltrinelli.
- Siegel, L. (2011). *Homo interneticus: Restare umani nell'era dell'ossessione digitale*. Prato: Piano B.
- Sorokin, P.A. (1965). *Mode e utopie nella sociologia moderna e scienze collegate*. Trad. di M.L. Martelli. Firenze: Barbera. Trad. di: *Fads and Foibles in Modern Sociology and Related Sciences*.
- Toffler, A. (1987). *La terza ondata*. Milano: Sperling & Kupfer.
- Togni, D. (2005). «Proposta per la sperimentazione di un'attività di valutazione nei Centri per l'Impiego». In: Altieri, L.; Togni, D. (a cura di). *Valutazione e politiche attive del lavoro: Esperienze in Emilia Romagna*. Milano: FrancoAngeli.

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

a cura di Alessandra Sannella e Franco Toniolo

Innovazione e sanità nel dibattito dello spazio europeo

Alessandra Sannella (Università di Cassino e del Lazio Meridionale, Italia)

Abstract The change in contemporary social and health care structure prompts us to pose some basic questions about the economic crisis, the impact on health systems and citizens, the manner in which these factors are linked to a social innovation in the health care services' context. Although the outlook on this last subject brings to the transformation that took place via the digital society, it is not the only useful interpretation furnishing a new perspective to the placement of the future society. The role offered by the policies, both European and national, will be clarified and a brief overview on the meaning of social innovation will be provided in the different facets that it can take in the social-health care field.

Sommario 1. Introduzione. – 2. La social innovation. – 3. La Sanità Digitale. – 4. Conclusioni.

Keywords Social innovation. Social health care. Digital health.

Social innovation is for the people and with the people.
It is about solidarity and responsibility.
It is good for society and it enhances society's capacity to act.
José Manuel Barroso (2011)

1 Introduzione

Il mutato scenario della struttura sociale e sanitaria contemporanea ci induce a formulare alcune domande di fondo che possono essere riassunte, in questa sede, nella riflessione in merito alla *vexata quaestio* circa la crisi economica e le ripercussioni su sistemi sanitari e cittadini, a come questi fattori possano essere coniugati con la frontiera della *Social Innovation* in sanità. La riflessione sarà qui pertanto orientata a esplicitare il ruolo offerto dalle policy europee e nazionali. Si offrirà una breve panoramica sul significato della social innovation nelle diverse declinazioni che questa può assumere in ambito socio-sanitario. Sarà utile in tal senso tener presenti, da un lato, il *topos* utilizzato dell'*innovazione* nel sistema sanitario, dall'altro, il modo in cui questa ha potuto contribuire a creare nuove dimensioni nel sanitario. Seppur la prospettiva sull'innovazione sociale richiami alla

trasformazione avvenuta con la *digital society*, questa non è la sola interpretazione utile a dare una collocazione al volano della società del futuro.

2 La social innovation

Quello di ‘social innovation’ è un concetto che rappresenta la ‘proprietà’ che dovrebbe possedere l’*innovazione*, sviluppando il carattere intrinseco di esser ‘sociale’. Di fatto,

nonostante il crescente interesse [...], non esiste una definizione condivisa e sono state prodotte poche *reviews* sistematiche delle definizioni in uso (Caulier-Grice et al.2012).

Inoltre, il concetto di social innovation appare raramente un termine chiaro e specifico, ed è spesso usato «come una sorta di metafora nell’ambito dei mutamenti sociali e tecnologici (Howaldt, Schwarz 2010)» (Busacca 2013). Una delle definizioni maggiormente in uso è quella fornitaci da Murray, Calulier-Grice e Mulgan, nel 2010, in *Open Book of Social Innovation*, per cui le:

innovazioni sociali sono idee nuove (prodotti, servizi e modelli) che soddisfano contemporaneamente i bisogni sociali (in modo più efficace rispetto alle alternative) e sono utili a creare nuove relazioni sociali o collaborazioni.

Ovvero, i due cardini ‘social’ e ‘innovation’ devono essere correlati e correlabili. Questa definizione, utilizzata altresì dall’Unione Europea,¹ rappresenta appunto l’estensione di nuove idee, che devono avere come *telos* i bisogni rappresentati dal sociale.

Sono innovazioni che non sono solo un bene per la società, ma hanno anche la funzione di migliorare la capacità della società di agire. Innovazioni sociali avvengono attraverso i confini tra il settore pubblico, il settore privato, del terzo settore e delle famiglie. L’Unione europea ha una ricca storia di innovazione sociale. Queste soluzioni sono atte a trovare nuovi modi di soddisfare le esigenze sociali e creare strumenti per la politica sociale e gli investimenti (http://ec.europa.eu/enterprise-flipbook/social_innovation/ (2014-12-13).

¹ Molto interessante a tal proposito è l’e-book pubblicato dall’Unione Europea *This is European Social Innovation* (European Commission 2010), http://ec.europa.eu/enterprise-flipbook/social_innovation/ (2014-12-13).

se/policies/innovation/policy/social-innovation/past-editions/definition_en.htm [2014-12-13]).

La visione qui delineata assume i contorni – e ci piace considerarlo in questi termini – di un *shared value*, così come lo definisce Michel Porter (Porter, Kramer 2006): un valore condiviso del sociale ‘innovativo’ e ‘costruttivo’.

Un elemento caratterizzante della social innovation è dato, senz’altro, dalle politiche internazionali, nel fornire una risposta adeguata attraverso nuove metodologie e nuovi quadri concettuali per il benessere sociale, così come evidenziato anche nel documento del maggio 2014 dall’UNDP (United Nations Development Programme) (http://www.undp.org/content/dam/undp/library/capacity-development/English/Singapore%20Centre/GPCSE_Social%20Innovation.pdf [2015-01-12]). Anche qui, uno degli elementi che suscitano la riflessione sociologica è relativo alla possibilità di poter individuare, nella risorsa dell’innovazione, una priorità per la politica pubblica, sia sul piano delle *policy* europee che sul quello delle ricadute, in termini di mutamento degli assetti sanitari a livello nazionale. Nel dibattito sul tema, un importante elemento di congiunzione tra l’innovazione e le policy attuate dall’Unione Europea ci è offerta dall’introduzione della social innovation tra i pilastri ‘trasversali’ dell’Agenda Europea 2013-2020. Tra questi individuiamo l’European Social Innovation Pilot che ha lo scopo di fornire hub virtuali per imprese sociali e terzo settore; si aggiungono progetti di promozione dell’innovazione attraverso il Fondo Sociale Europeo (FSE), sperimentazioni sociali all’interno del quadro della Piattaforma europea contro la povertà e l’emarginazione (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=it&catId=961> [2015-01-12])

3 La Sanità Digitale

Nella prospettiva di considerare la social innovation come un’opportunità per la società del futuro, è senz’altro utile pensare a questa, in ambito sanitario, come a uno strumento equo, sostenibile, in grado di ridurre le disuguaglianze di salute (Costa et al. 2014) e di garantire il ‘ben-essere’ di una società (WHO 1948). Le implicazioni di questi aspetti possono essere identificate, nello scenario nazionale, sia nelle strutture sanitarie pubbliche che private, nonché all’interno del contesto del *privato sociale*. Una siffatta realtà, ovviamente, se traslata in ambito sanitario, solleva molteplici dibattiti tra gli addetti ai lavori. Il ‘reticolo’ del sistema innovativo abbraccia vari campi, quali l’innovazione sociale dell’innovation technology (si pensi alla diagnostica per immagini), la tecnologia nell’assistenza (per esempio la telemedicina) oppure l’innovazione sociale nella relazione con i pazienti (per esempio i social network o le app per l’e-health). Ciò detto,

questi elementi possono cooperare alla ‘costruzione sociale della salute’ (Ingrosso 1994), affinché questa possa esser garantita e individuata nella capacità di integrare i sistemi di *welfare* e possa riuscire a ‘soddisfare’ il presupposto per cui la «social innovation refers to new ideas that work in meeting social goals» (Mulgan et al. 2007).

L’impresa scientifica di poter coniugare pertanto l’‘innovation’ e il ‘social’ in una prospettiva dialogica è impresa ardua, ma percorribile, soprattutto in ambito sanitario. La prima sfida dell’e-health in Italia, sul piano della riforma sanitaria, è individuabile, fin dalla sua genesi (disegno di legge Fazio del 2011) nella riforma della pubblica amministrazione. A questo importante passo sono seguiti il Decreto Crescita 2.0 (d.l. 179/12; <http://www.governo.it/backoffice/allegati/69362-8038.pdf> [2015-01-12]) e quanto disposto dalla legge di conversione n. 221/2012, in cui è stata inserita, alla Sezione IV, art. 12, la ‘Sanità Digitale’ (<http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legge:2012-10-18;179!vig=> [2015-01-12]). Non ultimo, le misure finalizzate alla realizzazione sono state articolate nell’art. 17 con d.l. n. 69 del 21 giugno 2013 cosiddetto ‘Decreto del Fare’ (http://www.governo.it/GovernoInforma/campagne_comunicazione/decreto_fare/index.html [2015-01-12]), convertito nella legge n. 98 (4) del 9 agosto 2013, art. 17 (http://www.lavoro.gov.it/Strumenti/normativa/Documents/2013/20130809_L_98.pdf [2015-01-12]) in attuazione (Rabbitto, Russo 2004, p. 29) all’Agenda Digitale Italiana e all’Agenda Digitale Europea (http://europa.eu/legislation_summaries/information_society/strategies/si0016_it.htm [2015-01-12]). Come fanno notare Moruzzi e Pugliè (2014),

entro il 2015 tutti i dati e le informazioni di salute dei cittadini italiani dovranno viaggiare in forma dematerializzata, a livello di grafi di rete e-health regionali intercomunicanti a livello nazionale ed europeo.

La riforma prevede, come noto, il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), ricette digitali, dematerializzazione dei referti medici e delle cartelle cliniche, prenotazioni online. Uno degli aspetti interessanti, tra gli altri, è il Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), ovvero

l’insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e socio-sanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l’assistito (definizione dell’Agenda Digitale: <http://www.agid.gov.it/agenda-digitale/pubblica-amministrazione/sanita-digitale>).

Questo riconduce all’interessante modello di empowerment della persona verso la promozione della salute, la possibilità, quindi di poter sviluppare

la capacità individuale del cittadino di comprendere la propria condizione di salute e di poter influire sulle decisioni della prevenzione-cura [...]. I modelli socio-cognitivi per l'educazione alla salute saranno utilizzati da MyPage del FSE in due forme: una adatta alle persone senza particolari problemi sanitari; l'altra studiata per i soggetti a rischio di malattie croniche che richiedono un cambiamento di stile di vita come modalità di prevenzione. Entrambe le procedure, comunque, utilizzano lo stimolo ad attività esperienziali e la partecipazione attiva della persona nel processo di cambiamento (Moruzzi, Pugliè 2014).

La con-divisione attiva del cittadino alle questioni sanitarie amplifica quel percorso di promozione della salute e di prevenzione funzionale al miglioramento dello stato di benessere dei cittadini e della società (Sannella 2010). Una riflessione che va in altre direzioni è legata anche al ruolo centrale della comunicazione all'interno del processo del 'prendersi cura', con i diversi strumenti propri della digital society.

La portata di queste innovazioni, della virtualità, della dematerializzazione della salute del corpo nelle sue ri-produzioni e delle relazioni comporta effetti a cascata su vari livelli. In primo piano troviamo il quadro di interrogativi e perplessità restituito dal dibattito epistemologico, teorico e pratico che stanno affrontando le scienze mediche con l'avvento della web society (Cipolla, Canestrini 2014).

Un grande 'fatto sociale' che sta mutando le condizioni di vita, le funzioni di natura e le relazioni tra scienza medica e cittadini. In questo virtuoso 'rinnovamento', che riguarda la struttura della società attraverso la social innovation le policy a essa correlate, vanno analizzati gli orizzonti, i contesti in cui queste modifiche avvengono.

4 Conclusioni

La sfida sulla *social innovation* si confronta nel dinamismo di una discussione che ha visto rapidamente mutare il *kairos* dell'assistenza sanitaria nei diversi contesti nazionali e internazionali. Questi, a loro volta, si sviluppano intorno al 'canto delle sirene' offerto della digital society. Il concetto in sé racchiude non solo lo sviluppo dell'era digitale, ma pure un sistema di connessioni che ha modificato, e continuerà a modificare, anche il processo di assistenza sanitaria. Come ha acutamente osservato Cipolla (2013), «cosa comporta a livello individuale e collettivo per una società entrare sempre più dentro le maglie e la logica di internet?», cui si aggiunge la dimensione della digitalizzazione della società. Soprattutto, fino a che punto, l'innovazione sanitaria, potrà riuscire a rigenerare le necessità di un welfare adatto alle necessità della società 2.0? È essenziale, in questa siffatta dimensione, abbattere il rischio del *digital divide*, ancora

persistente, ma anche amplificare il processo di umanizzazione delle cure. Il *whisful thinking* delle politiche pubbliche, nazionali e internazionali, è concentrato sulle

forme più sottili di ‘innovazione sociale’, che possono svolgere un ruolo molto più grande per l’economia a causa della riorganizzazione di settori molto importanti della valore aggiunto come l’assistenza sanitaria e i servizi sociali (http://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/global-europe-2050-report_en.pdf, p. 112 [2014-12-12]).

La social innovation può essere quindi considerata un nuovo valore nella crescita della salute pubblica. Questa dovrà porsi i criteri di equità e solidarietà partecipata di una diversa ‘filosofia del welfare’, sapersi adeguare ai diversi livelli di bisogni delle persone, attuare i criteri di innovazione anche dal punto di vista formativo e professionale; dovrà aver ‘cura’ dei cittadini sia nella fase di terapia e cura sia nella fase di prevenzione e promozione e della salute.

Un ultima riflessione necessaria volge lo sguardo verso gli aspetti che possono coinvolgere tanto il personale sanitario quanto i pazienti e sanno individuare come questi possano – leggasi debbano – ri-costruire la relazione a partire dai nuovi costrutti intervenuti nel processo terapeutico.

Bibliografia

- Barroso, J.M. (2011). *Social Innovation Europe initiative* (Brussels, 17 Marzo) [online]. Discorso alla Commissione Europea del Presidente. Disponibile all’indirizzo http://europa.eu/rapid/press-release_SPEECH-11-190_en.htm (2014-09-25).
- Bertin, G. (2012). *Welfare regionale in Italia* [online]. Venezia: Edizioni Ca’ Foscari. Disponibile all’indirizzo <http://www.edizionicafoscarini.unive.it/col/exp/28/144/PoliticheSociali/1> (2014-09-25).
- Busacca, M. (2013). «Oltre la retorica della social innovation». *Impresa Sociale*, 2.
- Caulier-Grice, J.; Davies, A.; Patrick, R.; Norman, W. (2012). *Defining Social Innovation* [online]. A deliverable of the project *The Theoretical, Empirical and Policy Foundations for Building Social Innovation in Europe (TEPSIE)*. Brussels: European Commission. Disponibile all’indirizzo http://siresearch.eu/sites/default/files/1.1%20Part%201%20-%20defining%20social%20innovation_0.pdf (2014-09-25).
- Cipolla, C. (2013). *Perché non possiamo non essere eclettici: Il sapere sociale nella web society*. Milano: FrancoAngeli.
- Cipolla, C.; Maturo, A. (a cura di) (2014). *Sociologia della salute e web society*. Milano: FrancoAngeli.

- Corposanto, C.; Lombi, L. (eds.) (2014). *E-Methods and Web Society*. Milano: FrancoAngeli.
- Costa, G.; Bassi, M.; Gensini, G.F.; Marra, M.; Nicelli, A.L.; Zengarini N. (2014). *L'equità nella salute in Italia: Secondo rapporto sulle disuguaglianze di sociali in sanità*. Milano: FrancoAngeli.
- European Commission (2010). *This is European Social Innovation* [online]. Disponibile all'indirizzo http://ec.europa.eu/enterprise/flipbook/social_innovation/ (2014-12-13).
- European Commission (2012). *Global Europe 2050* [online]. Disponibile all'indirizzo http://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/global-europe-2050-report_en.pdf (2014-12-13).
- Governo italiano (2012). *DI crescita 2.0: Presentazione delle principali misure del decreto legge* [online]. Disponibile all'indirizzo <http://www.governo.it/backoffice/allegati/69362-8038.pdf> (2014-12-13).
- Ingresso, M. (1994). *La costruzione sociale della salute: Teorie, pratiche, politiche*. Milano: FrancoAngeli.
- Lupton, D. (2012). «M-health and Health Promotion: The Digital Cyborg and Surveillance Society». *Social Theory and Health*, 10 (3). Camperdown: RC Mills Building, pp. 229-244.
- Maturo, A. (2014). «Italy: Health Care Delivery System». *Wiley Blackwell Encyclopedia of Health: Illness, Behaviour and Society*. New York: Wiley.
- Moruzzi, M.; Pugliè, C. (2014). «Il Fascicolo Sanitario Elettronico: Tecnologia, alta comunicazione e abbattimento delle barriere spazio-tempo per la cura e la prevenzione». *Salute e Società*, 8 (3), pp. 135-146.
- Mulgan, G.; Tucker, S., Ali, R.; Sanders, B. (2007). *Social Innovation: What It Is, why It Matters and how It Can Be Accelerated* [online]. Working Paper. The Young Foundation. Disponibile all'indirizzo <http://youngfoundation.org/wp-content/uploads/2012/11/The-Young-Foundation-and-the-Web-Digital-Social-Innovation-September-2010.pdf> (2015-01-21).
- Murray, R. Calulier-Grice, J. Mulgan, G. (2010). *Open Book of Social Innovation* [online]. Young Foundation. Disponibile all'indirizzo <http://issuu.com/youngfoundation/docs/the-open-book-of-social-innovation/29?e=0> (2015-01-21).
- Porter, M.; Kramer, M. (2006). «Strategy and Society: The Link between Competitive Advantage and Corporate Social Responsibility». *Harvard Business Review*, December.
- Rabbito, C.; Russo, G. (2014). «Fascicolo Sanitario Elettronico: Previsione normativa e decreto attuativo: Criticità in termini di privacy» [online]. *Il documento digitale*, 1. Disponibile all'indirizzo http://www.ildocumentodigitale.com/wp-content/uploads/2014/05/IDD_I_MMIV_RABBITO.pdf (2015-01-21).
- Sannella, A. (2010). *Salute transculturale: Percorsi socio-sanitari*. Milano: FrancoAngeli.

Sitografia

Agenzia per l'Italia Digitale (Presidenza del Consiglio dei Ministri), Sanità digitale <http://www.agid.gov.it/agenda-digitale/pubblica-amministrazione/sanita-digitale>

Commissione europea, Occupazione, affari sociali e inclusione: Piattaforma europea contro la povertà e l'emarginazione <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=it&catId=961>

EUR-Lex http://europa.eu/legislation_summaries/information_society/strategies/si0016_it

European Commission, Enterprise and Industry: Definition of Social Innovation http://ec.europa.eu/enterprise/policies/innovation/policy/social-innovation/past-editions/definition_en.htm

European Commission, Growth, Internal Market, Industry, Entrepreneurship and SMEs <https://webgate.ec.europa.eu/socialinnovationeurope>

Normattiva, Il portale della legge vigente: d.l. 18 ottobre 2012, n. 179 <http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legge:2012-10-18;179!vig=>

United Nations Development Programme (UNDP) http://www.undp.org/content/dam/undp/library/capacity-development/English/Singapore%20Centre/GPCSE_Social%20Innovation.pdf/

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

a cura di Alessandra Sannella e Franco Toniolo

Riflessioni sui sistemi sanitari e le nuove sfide

Franco Toniolo

Abstract The current thinking on health systems requires further studies to address the digital revolution (e-health) and the regulatory aspects connected to this challenge. In particular, the role played by the rules (law, decree, resolution, etc.), during the planning and design of a 'social web', is analysed considering the differences with the past. This analysis leads to a change in the relationship between users and e-health. The ability of users to get information mainly from the Internet can be an opportunity and, at the same time, a critical issue. On the one hand, it can be an opportunity to have a fast and easy access to information and a better understanding of their health. On the other hand, the ease and speed of access to information can lead superficiality, disorientation and anxiety, questioning the role and confidence in the doctors or to the medical facility.

Sommario 1. Introduzione. – 2. La sfida della contrazione delle risorse disponibili. – 3. La sfida umanistica: dalla malattia senza malato al malato dentro la sua malattia.

Keywords Health systems. E-health. Digital society.

1 Introduzione

La sfida della rivoluzione digitale nell'e-health: il sintetico punto di vista che illustrerò – diversamente da altri contributi – riguarda l'aspetto normativo. Che peso ha, che ruolo svolge la normativa (legge, decreto, delibera, ecc.) nel processo di programmazione/progettazione sociale oggi, nella web society? Quali sono le differenze rispetto al contesto di programmazione/progettazione tradizionale, ormai quasi alle spalle?

1.1 Excursus storico

Nell'era della Riforma originaria (l. n. 833/78) prevale la tradizionale concezione programmatica/progettuale con la normativa – centralizzata (legge, decreto – l.r. e delibere solo attuative) – che governa tutto. Anche perché ancora non si può parlare di web society. Con le Riforme *bis* (d.lgs. n. 502/92) e *ter* (d.lgs. n. 229/99) inizia una fase di concertazione centro-periferia (governata dalla Conferenza Stato-Regioni con gli Accordi e i Patti per la Salute) e il ruolo/certezza della normativa comincia a relati-

vizzarsi, di pari passo all'avvio/avvento della e-health. Fino al 2011 circa, quando inizia la presente fase con le misure 'anticrisi' Tremonti/Monti e successive.

1.2 Centralismo decisionale *versus* incertezza normativa

L'attuale fase infatti è caratterizzata, da un lato, da un ritorno di centralismo decisionale, con scarsissima concertazione istituzionale e sociale, e, dall'altro, con la non certezza della normativa, in particolare per quanto riguarda la possibilità di programmare/progettare. La certezza della normativa (merito, obiettivi, tempi, grado di vincolatività) è fortemente messa in discussione - se non nella forma, certo nella sostanza - dal continuo accavallarsi di previsioni, modifiche, tagli, ecc. Le istituzioni - Regione, ASL, Comune -, i professionisti e gli operatori, il terzo settore e le associazioni rappresentative non stanno ancora introiettando questa nuova realtà. Fanno fatica a considerare il valore della normativa ormai come valore relativizzato. Dovrebbero considerare la *fattibilità* come elemento centrale, quasi a dispetto di indirizzi, previsioni, ecc., che non si sa più che orizzonte temporale abbiano, che sbocco finale lascino realisticamente prevedere. Anche perché incombe su tutti - istituzioni e non - il macigno della responsabilità (quantomeno contabile e amministrativa). Se - ed è quasi la normalità - repentinamente e in modo non coordinato cambiano le norme e vengono meno finanziamenti ritenuti sicuri, ecc., che succede?, di chi è la responsabilità? La risposta è spesso lo scaricabarile, il rinvio, le vetuste formule «in sede di prima applicazione», ecc.

Nel frattempo la web society e la e-health, stanno cambiando profondamente il rapporto medico-paziente, il modo di lavorare degli operatori, lo stesso ruolo delle istituzioni.

1.3 Eredità

Per concludere sul punto, va detto che il sistema di norme che ci (s)governa andrebbe ripensato profondamente. Più 'anglosassone', meno formalista. Più orientato a definire chiari e fattibili obiettivi, con controlli (anche in itinere) e sanzioni da applicare, motivatamente, se non sono stati raggiunti. Ma, lasciando il soggetto responsabile sostanzialmente libero nei modi di raggiungere l'obiettivo. Invece ci stiamo ancora portando appresso l'eredità del diritto romano...

2 La sfida della contrazione delle risorse disponibili

In premessa, non si può non convenire che tutti debbano fare la loro parte per superare una crisi che si dimostra essere la più grave dal dopoguerra. E che, se e quando sarà superata, essa vedrà un assetto certamente nuovo non solo nell'economia (ormai globalizzata), ma anche nel welfare (quello tradizionale sempre meno sostenibile) (Bertin 2009, 2012). Alcuni suoi settori – come le pensioni – hanno subito un drastico cambiamento. Anche la salute/sanità è assolutamente insostenibile e quindi dovrà cambiare profondamente? Chiariamo subito che, mentre il sistema pensionistico non reggeva il confronto europeo/mondiale (pur con le sue iniquità interne), la sanità lo regge. La recentissima indagine parlamentare sulla sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ha già statuito che l'Italia spende significativamente meno della media europea (e degli USA), a fronte di prestazioni nel complesso accettabili, a volte di qualità o addirittura d'eccellenza (Camera dei Deputati 2014).

2.1 Fare la propria parte per l'uscita dalla crisi

Che cosa vuol dire allora fare la propria parte in sanità rispetto all'uscita dalla crisi? Vuol dire consolidare un percorso – già iniziato – di efficientamento e lotta agli sprechi. Senza tagli lineari per finanziare altre politiche, e con i risparmi, reinvestiti all'interno dello stesso SSN. È una linea condivisibile e che viene da lontano, sostenuta principalmente dalla Conferenza delle Regioni (Toniolo 2009) e sostanzialmente anche dal Parlamento (Camera dei Deputati 2014).

Vediamo qualche elemento più in concreto. Dal punto di vista normativo non pare ci debba essere bisogno di grandi novità:

- rielaborazione/aggiornamento dei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza);
- appropriatezza di interventi e prestazioni;
- applicazione dei costi standard;
- diffusione sistemica del digitale;
- ulteriore razionalizzazione e trasparenza su acquisti e appalti;
- elaborazione di standard organizzativi;
- efficace sistema di controlli (anche in itinere);
- definizione di ruoli e profili professionali certi;
- albi nazionali-regionali per le nomine dei manager;
- forte valorizzazione della social innovation, dell'apporto del cittadino/utente, dell'associazionismo, del terzo settore.

Sono tutti temi già in fase avanzata di elaborazione e discussione. Vanno solo ricondotti a coerenza e unità, tramite il nuovo Patto per la Salute (l'ultimo forse, se poi arrivano il nuovo Senato, il nuovo Titolo V, ecc.) (Con-

ferenza Stato-Regioni 2014). Per far questo, vanno abbandonati schemi e battaglie ormai anacronistiche. Ad esempio, qualche presidente di Regione vorrebbe tornare al criterio di riparto del Fondo Sanitario Nazionale per quota fissa: che senso ha, se non quello di racimolare qualche soldino, in spregio ai criteri oggettivi sin qui adottati (popolazione pesata per età) e rallentare l'applicazione dei costi standard? E che senso ha la perdurante logica, da parte governativa, di tagli/autorizzazioni lineari sullo storico, quando si deve ragionare con una logica da standard, coniugando efficacia, efficienza, economicità e partecipazione?! Molte Regioni hanno dimostrato che è possibile, e quindi... si generalizzino le best practices!

2.2 L'efficientamento del Sistema Sanitario Nazionale

La battaglia per l'efficientamento del SSN ha come protagonisti le istituzioni centrali e locali, gli operatori, la società civile. E come alternativa un (ex) SSN meno equo, non universalista e più privatizzato. O privatizzato tout court. Perché è evidente che se si dovesse ancora tagliare il finanziamento, questo SSN diventerebbe insostenibile, e quindi ne andrebbe ripensato un altro. Con le caratteristiche appena accennate. È una battaglia da fare (e vincere)!

3 La sfida umanistica: dalla malattia senza malato al malato dentro la sua malattia

Per secoli si è curata la malattia e non il malato. Ormai da decenni l'approccio olistico, l'incardinamento del 'malato' nel suo ambiente di vita e di lavoro, un diverso rapporto medico-cittadino/paziente, sono elementi (sostanzialmente) acquisiti. Almeno nell'impostazione teorico-culturale, sovente anche nella pratica. La letteratura in materia è davvero vasta. Ciò si è reso possibile per un insieme di fattori. Sia endogeni alla pratica medica e alla tutela e promozione della salute, sia esogeni. Fra questi ultimi, una maggiore consapevolezza dei diritti di cittadinanza, una positiva ricaduta di battaglie sociali e civili, e molto altro. Sui fattori interni basti menzionare l'evoluzione dell'eziologia della malattia, il progresso tecnologico-scientifico con applicazioni sempre più individualizzate, le analisi/indicazioni delle scienze sociali applicate alla medicina/salute.

3.1 Oggi e domani

L'oggi e il domani come saranno caratterizzati? Sicuramente da un consolidamento di queste tendenze, anche perché accompagnate da ulteriori

fattori che spingono in questa direzione. Uno di questi è lo sviluppo ormai tumultuoso della web society, della e-health (Cipolla 2013). La possibilità per l'utente di avere miriadi di informazioni tramite internet può essere un'opportunità, o può essere considerata un problema. Un'opportunità per la rapidità e facilità di accesso alle informazioni necessarie a una maggiore comprensione del proprio stato di salute. Un problema perché può indurre a superficialità, disorientamento, ansia, a mettere in discussione il ruolo e la fiducia nel (proprio) medico o struttura. Anche il modo di fare assistenza è cambiato. Ad esempio, l'assistenza e il monitoraggio a distanza, a domicilio, soprattutto per le malattie croniche, sono ormai largamente praticati (telesoccorso e telecontrollo), e il teleconsulto, i congressi telematici, la formazione sono sempre più online. Altra novità, ulteriore esempio di social innovation, è la capacità di autorganizzazione dei cittadini. Sempre più l'utente/paziente non è più solo con la sua malattia o il suo disagio. Ci sono attivissime e organizzate associazioni che aiutano nella prevenzione/cura/riabilitazione del malato/utente (dagli alcolisti anonimi ai diabetici, dai trapiantati ai celiaci, ormai se ne contano molte decine). Sono delle comunità assistenziali, che - al pari del singolo - interagiscono con il medico, con i professionisti (sociologi della salute compresi), con le istituzioni. E che non vanno lasciate sole... Esempi se ne potrebbero fare moltissimi, ma quello che importa è constatare che oggi - e ancor più domani - il cittadino/utente dovrebbe essere - è - una persona con problemi da affrontare (e possibilmente risolvere) e non (solo) una malattia da curare. Almeno finché c'è un SSN e non un sistema privatistico-assicurativo. La SISS (Società Italiana di Sociologia della Salute) è fortemente impegnata a sostenere il SSN con iniziative, confronti, apporti.

Bibliografia

- Bertin, G. (2009). «Changes to the Welfare System in Post-modern Society». *Salute e società*, 8 (2).
- Bertin, G. (2012). *Welfare regionale in Italia* [online]. Venezia: Edizioni Ca' Foscari. Disponibile all'indirizzo <http://www.edizionicafoscarini.unive.it/col/exp/28/144/PoliticheSociali/1> (2015-04-10).
- Camera dei Deputati (2014). *Sostenibilità economica del sistema sanitario, presentazione del documento conclusivo* (Commissioni V e XII), 17 luglio.
- Conferenza Stato-Regioni (2014). *Patto per la Salute 2014-16*. Roma: s.n.
- Cipolla, C. (2013). *Perché non possiamo non essere eclettici: Il sapere sociale nella web society*. Milano: FrancoAngeli.
- Toniolo, F. (2009). *Sanità e Regioni*. Milano: FrancoAngeli.

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

a cura di Alessandra Sannella e Franco Toniolo

Pensare la crisi tra sociologia e politiche di social innovation

Appunti sul mutamento nei sistemi sanitari

Pietro Paolo Guzzo (Università degli Studi «Magna Grecia», Catanzaro, Italia)

Abstract Some possible theoretical connections between the sociology of the crisis and the dynamics of social innovation are explored in the context of the ongoing transformation within the regional welfare systems. The starting point is the *crisologie* of Edgar Morin. The conclusion is twofold. Primarily, the sociologists of the crisis seem to intertwine the multiple categories of development, wellness, uncertainty, risk and conflict. Secondly, these twists recall the (re-) emerging profile of a new State innovator. Subsequently, some possible lessons and guidelines on the subject of policies can be gleaned, in order to support the social innovation for public decision-makers and ordinary citizens, often dealing with the logical ambushes for the so-called cascade crisis.

Sommario 1. Introduzione. – 2. Definizioni e concetti preliminari. – 3. La crisi nelle scienze sociali: tre prospettive emergenti. – 4. La sociologia della crisi: sei filoni interpretativi. – 5. Social innovation. – 6. Crisi e social innovation. – 7. Crisi e politiche di social innovation nei sistemi sanitari. – 8. Una nota finale.

Keywords Sociology of crisis and health. Morin. Welfare systems' transformations. Social innovation.

1 Introduzione

L'odierna crisi globale-strutturale si può rappresentare, à la Morin (1968, 1974a), come una finestra di minacce/opportunità, ancorata a cicli di aspettative (individuali, collettive, organizzative) di fiducia, socialmente costruita attorno alle diverse declinazioni del rischio. Una costellazione concettuale, una «policrisi» (ecologica, economica, politica, crisi sociale, ecc.), direbbe sempre Edgar Morin, che accelera/rallenta/modifica importanti cambiamenti istituzionali (Milani 2010), articolandosi in cascade crisis (Fox Gotham 2011). Analizzare le dinamiche della crisi globale – come si dirà, 'sistemico-organica' – è un po' come 'nuotare nella colla', le interdipendenze e le interazioni si moltiplicano creando vincoli ma anche opportunità di cambiamento sociale. Un aiuto può venire dall'accostamento tra social innovation e *crisologie* di Morin (1968). Da questa epistemologia dialogi-

ca della crisi moriniana (Wieviorka 2009) è nata la moderna ‘sociologia della crisi’ (d’ora in poi SDC). Lo scritto s’interroga su come la SDC possa aiutare a comprendere e interpretare dinamiche e impatti della social innovation nei sistemi sanitari in trasformazione.

La tesi che si propone è che la SDC ricompone l’odierno prisma della policrisi in altrettanti deficit di social innovation nei sistemi di welfare sanitario.

Di qui l’argomentazione e la partizione del saggio. Nella prima parte si illustrano dimensioni e approcci della SDC, in vista delle sue possibili interconnessioni con la social innovation. Nella seconda parte la SDC illumina l’analisi delle politiche di social innovation nei sistemi sanitari. Sistemi metaforicamente assimilabili a accumulatori/trasformatori di processi di ‘sensemaking’ (Weick 1988, 1995). Sistemi attraverso i quali le diverse culture organizzative formano altrettante ecologie di pratiche (sociali e professionali) in continua trasformazione, spesso secondo dinamiche browniane e logiche non lineari (fuzzy logic).

2 Definizioni e concetti preliminari

Le classificazioni e le distinzioni che seguono sono state tracciate solo per comodità di analisi, senza dimenticare l’elevata complessità e la stretta interconnessione caratterizzanti le prospettive e i modelli, via via selezionati per la discussione del tema prescelto.

Il concetto di crisi è molto controverso nella storia della sociologia. C’è persino chi le nega il ‘diritto di cittadinanza sociologica’.¹ Allignano infatti diverse opinioni, teorie, modelli che muovono dai sociologi classici (Sismondi, Marx, Weber, Simmel), moderni (Merton, Gouldner, Habermas, Dahrendorf) e contemporanei (Luhmann, Baumann, Morin, Touraine).

Prima di proseguire nell’analisi è opportuno anticipare alcune categorie:² crisi, pericolo, danno, rischio, disastro emergenza. La categoria della crisi è parte dell’irrinunciabile bagaglio degli scienziati sociali (in primis, psicologi e sociologi, scienziati politici ed economisti). L’etimo greco (κρίσις-*krisis*: azione di distinguere, separare, scegliere o giudicare) rivela le due

1 In due prestigiose enciclopedie sociologiche, Gallino (2003) e Ritzer (2009), la voce crisi non compare affatto.

2 Per economia d’analisi, si sono privilegiati alcune prospettive e metodi d’indagine che, naturalmente, semplificano l’estrema complessità della fenomenologia delle crisi e la stretta interdipendenza tra prospettive, approcci e categorie via via indagati. L’obiettivo è quello di proporre classificazioni e schemi coerenti rispetto all’ipotesi interpretativa che si avanza, senza dimenticare la ricchezza delle posizioni teoriche dei singoli autori rispetto alle diverse dimensioni sovrapposte della fenomenologia della crisi e della social innovation.

facce (emotiva, cognitiva) o concezioni dominanti della crisi:³ ‘pericolo’ (perturbazione momentanea dell’equilibrio del corpo);⁴ ‘opportunità’ (indispensabile fase di valutazione per la preparazione dell’azione sociale). Morin (1968) distingue in proposito tra «rischio di regressione» e «opportunità di progresso». In un’ampia prospettiva sociologica, la crisi richiede la medesima struttura logico-argomentativa di tipo processuale centrata su un livello-soglia (comunque definito) da superare (Leonardi 1986), richiamando, in generale, l’insensatezza (per sopravvenuta inefficacia) delle categorie interpretative (individuali, organizzative, collettive) sino ad allora utilizzate. Concetti correlati sono quelli di disastro,⁵ emergenza, rischio.

Disastro ed emergenza individuano shock esogeni sui sistemi (sociali, organizzativi, viventi) che reagiscono ripristinando le condizioni per un nuovo equilibrio di stato, non necessariamente migliore del precedente.

Nell’attuale schema culturale delle nostre società sono tre le principali dimensioni della crisi: *urgenza, incertezza, complessità* (Lucini 2014a). Prova ed effetto della crisi sono i disastri studiati dai teorici del *crisis management* (Rodriguez, Quarantelli, Dynes 2006). Ogni crisi implica quindi minaccia, incertezza, urgenza, disfacimento o frattura del tempo organizzato (asimmetrie tra la vita quotidiana e le vecchie routine organizzative rispetto alle quali la crisi si pone come nuova routine asimmetrica), complessità, elevata pressione temporale (per l’adozione di contromisure). Una situazione di crisi comporta infatti – sorpresa per i decisori – minacce per gli obiettivi ritenuti prioritari (dalla società o dall’individuo), ridotto intervallo di tempo per reagire, conseguenze inattese o impreviste per le organizzazioni. Una crisi implica inoltre una situazione non ben definita in cui le risorse sono inadeguate a fronteggiare quella situazione. Pur mettendo in questione la sopravvivenza del sistema la crisi può condurre a esiti organizzativi positivi o negativi. Un quadro sistematico delle moderne teorie sociologiche sulle situazioni di crisi e sul rischio può essere ricondotto

3 Si rielabora così l’impostazione del sito *Crisiology* <http://www.crisiology.org/> (2014-09-07).

4 Nella medicina classica di Ippocrate, la crisi coincide con un punto di svolta verso l’aggravarsi o il manifestarsi della malattia.

5 «Events, observable in time and space, in which societies or their larger sub-units (e.g. communities, regions) incur physical damages and losses and/or disruption of their routine functioning. Both the causes and consequences of these events are related to the social structures and processes of societies or their sub-units» (Kreps 1984, p. 312). Drabek (1986) ha poi sviluppato una tipologia di classificazione crociata dei sistemi di risposta con le fasi del disastro (preparazione, risposta, recovery e attenuazione) e le variabili di livello del sistema (individuale, di gruppo, organizzativo, di comunità, di società e internazionale).

ai primi dibattiti degli anni Settanta,⁶ quando l'efficacia della sola analisi statistica del rischio è stata messa in discussione dalle considerazioni sulle implicazioni culturali, etiche e sociali che implicano l'assunzione del rischio da parte di un gruppo sociale. Tali implicazioni hanno permesso di distinguere tra una componente del rischio oggettiva, *reale* e statisticamente misurabile e una soggettiva, culturale, percettiva e comunicativa.

Sociologicamente, il pericolo⁷ è la proprietà o stato fisico di un persona, cosa, luogo, evento, mentre il rischio è un significato, ovvero una costruzione di un dato ambito sociale. Infatti le parole 'rischio' e 'pericolo' di incendio non sono sinonimi e non possono essere usate indifferentemente. Per Ulrich Beck (1986, 2009) quelle odierne sono società del rischio perché in esse scattano e si rafforzano reciprocamente innalzamento degli standard di benessere e aumento dell'esposizione ai rischi. Nel 'pellegrinaggio' del cittadino globale nella modernità liquida nasce la 'cultura della contingenza'. Il passato si sostituisce al presente (Beck 1986, 2009) e il rischio diventa ineliminabile condizione di incertezza dell'azione umana, atteso che non sono prevedibili i possibili effetti di quella azione.⁸ Così anche il tempo (guidato dalla procrastinazione) diventa 'liquido' contando di più come interruzione/frattura (della vita quotidiana)⁹ che come durata.

3 La crisi nelle scienze sociali: tre prospettive emergenti

L'evoluzione delle crisi è indagata da tre principali prospettive analitiche: psicologia, sociologia e scienze politico-economiche.¹⁰ La prospettiva psicologica si concentra sugli individui e le loro reazioni alla crisi. Gli

6 Infatti nella seconda metà del secolo scorso gli studiosi statunitensi, anche di scienze sociali e politiche, hanno introdotto il concetto di disaster (naturale o antropico) e le tecniche di Disaster Management. Emergenza è invece il termine preferito dagli studiosi europei. Se disastro indica un evento (naturale o umano) che riverbera un forte impatto sull'emergenza, esso enfatizza il manifestarsi di un evento improvviso e inatteso che minaccia la sicurezza delle persone, proprietà o l'ambiente e richiede quindi un'azione immediata.

7 Concetto differente è l'*hazard* (connotazione tecnico-scientifica del rischio): condizione potenziale o attuale che può provocare danno a persone, proprietà o all'ambiente.

8 Baumann (1990, 2002) ricorda i complessi meccanismi sottesi alla costruzione dell'incertezza e dell'insicurezza, mentre Beck (1986) chiarisce i contorni di concetti spesso indebitamente confusi e assimilati: danno, pericolo, rischio. Il pericolo è la proprietà o la qualità intrinseca di un determinato fattore che ha potenziale per causare danni. Il rischio individua la probabilità che sia raggiunto il limite potenziale di danno nelle condizioni di impiego, ovvero di esposizione, di un determinato fattore (rischio = pericolo × magnitudo).

9 Ricordando la nota distinzione dei classici tra *kronos* (tempo lineare subito, concatenazione di eventi che sfociano in un 'destino') e *kairos* (tempo agito come scelta individuale densa di significato).

10 Quanto segue riprende ampiamente Mikusova, Hovatowa 2011; Mikusova 2014.

psicologi spiegano la crisi secondo un modello ciclico di shock/reazioni. La prospettiva politico-economica, che include anche gli studi di relazioni internazionali, pensa lo sviluppo della crisi nell'ottica del vantaggio manageriale o politico. Gli economisti si sono concentrati sull'analisi economica delle organizzazioni, sviluppando teorie per prevedere le crisi nel settore privato. La prospettiva sociologica (Lombardi 2005; Lucini 2014a, 2014b) punta invece sulla ricerca della gestione delle risposte sociali alle crisi ambientali come carestie, terremoti, incendi. L'alfiere di questa prospettiva è Enrico Louis Quarantelli (1978), studioso particolarmente interessato alle modalità con le quali le società reagiscono alle crisi.

Nel prosieguo ci si riferirà soprattutto alla teoria socio-cibernetica della 'crisologie' di Edgar Morin (1968), ispiratore di tutti i successivi studi di crisis management. Rispetto a questi ultimi studi, di taglio eminentemente applicativo, il più ampio paradigma moriniano ha invece una forte connotazione speculativa, proponendo un approccio epistemologico-sistemico di tipo dialogico (Morin 2007, 2010).

Ciascuna prospettiva propende per l'impiego, nel rispettivo campo di studi, di tecniche o metodi di analisi tradizionali. Nella prospettiva psicologica si utilizzano in gran parte interviste e tecniche psicologiche. La prospettiva politico-economica utilizza invece le teorie dei giochi e delle negoziazioni. Gli economisti tendono all'applicazione della conoscenza empirica. La prospettiva sociologica impiega diversi tipi di metodi sociologici (surveys, interviste).

Sono tre le principali prospettive sociologiche sulla crisi: sistemico-funzionalista, conflittualista, simbolico-interazionista. Per i sociologi sistemico-funzionalisti, il successo arride agli individui maggiormente dotati e a chi lavora più duramente, mentre falliscono gli individui meno dotati. Perciò i rovesci economici eliminano i settori d'affari con ridotta operatività, mentre quelli più utili sopravvivono, al pari della sopravvivenza dell'organismo più adatto nella teoria di Darwin.

Per i sociologi conflittualisti (da Marx in poi), il sistema capitalistico diventa incredibilmente complesso, astratto e alienante tanto che anche coloro che sembrano controllare il sistema dei prestiti, dei prestiti secondari, dei fondi speculativi (hedge funds) non hanno alcuna idea su come funzioni e il collasso del sistema deriva da questo centrale conflitto nel capitalismo.¹¹ In altre parole, il *modus operandi* e l'obiettivo del nuovo sistema complesso sono alterati a tal punto da entrare in conflitto con i medesimi corrispettivi che erano alla base del sistema nel suo complesso.

Per i sociologi dell'interazionismo simbolico, la crisi è un caso di profezia che si avvera da sola (self-prophecy): le credenze individuali nel verificarsi

11 Così in alcuni celebri passi de *Il Capitale* e del *Manifesto del Partito Comunista*. Sul lascito marxiano all'analisi dell'odierna policrisi si veda Morin (2010).

di un rovescio economico indurranno i singoli a comportarsi in modo tale da fare accadere il medesimo rovescio.

In generale, l'approccio sociologico punta sulle modalità di reazione alla crisi di comunità e gruppi. Questo approccio interpreta la crisi come un fallimento (un'insufficienza) della significatività condivisa e dell'istituzionalizzazione delle relazioni socialmente costruite. Sono quattro i diversi livelli (di gruppo, sociale, organizzativo e individuale) rispetto ai quali i sociologi propongono di analizzare la responsabilità sociale per la crisi esterna.

L'approccio sociologico contribuisce alla comprensione della crisi dell'organizzazione sotto diversi aspetti. I sociologi suggeriscono che la crisi ha una base comune: il fallimento (l'inefficienza) della costruzione sociale. La conseguenza è la disintegrazione di meccanismi sociali, valori e opinioni tradizionalmente riconosciuti che virano verso l'individualismo estremo e la violenza. Una prospettiva sociologica considera il fallimento del pensiero e della struttura collettiva come la causa della crisi. La conseguenza è una disintegrazione degli accorgimenti sociali (social arrangements) e dei valori tradizionalmente riconosciuti e delle opinioni che possono trasformarsi in individualismo estremo e violenza. La crisi organizzativa spesso si trasforma in una disputa socio-economica, con la conseguente ragionevole aspettativa che si verifichi di un collasso.¹² C'è infine una prospettiva 'mista' che combina e completa tutte le citate prospettive 'pure'. Si pensi, per esempio, al metodo delle '4C' dell'economista indo-canadese Paul Shrivastava (1993, 1992), il cui modello si concentra su quattro aspetti chiave della crisi: cause, conseguenze, precauzioni e fronteggiamento (coping). Le cause individuano sia i fallimenti che hanno fatto detonare la crisi sia le precedenti circostanze facilitanti i fallimenti intervenuti. Le conseguenze sono immediate, ma potrebbero avere un impatto di lungo periodo. Le precauzioni includono le misure di cautela e di minimizzazione degli impatti. Il fronteggiamento include una reazione alle crisi intervenute. Una prospettiva, come si dirà, molto vicina a quella di Morin; quest'ultima visivamente compendiata nella figura 1.

¹² La crisi organizzativa spesso si trasformerà in una disputa socio-economica, rendendo per ciò prevedibile il verificarsi di un collasso (Shrivastava et al. 1988). L'organizzazione sperimenta una crisi di management e di standard culturali che seguono l'evento futuro detonatore della crisi (trigger-event). La leadership organizzativa sarà probabilmente sottoposta a supervisione e, in taluni casi, perfino sostituita. I membri dell'organizzazione potrebbero dubitare della cultura aziendale (corporate culture) fino a dare un senso al bisogno del suo cambiamento. Il management della crisi non può avere successo senza una riforma del management e della cultura aziendale.

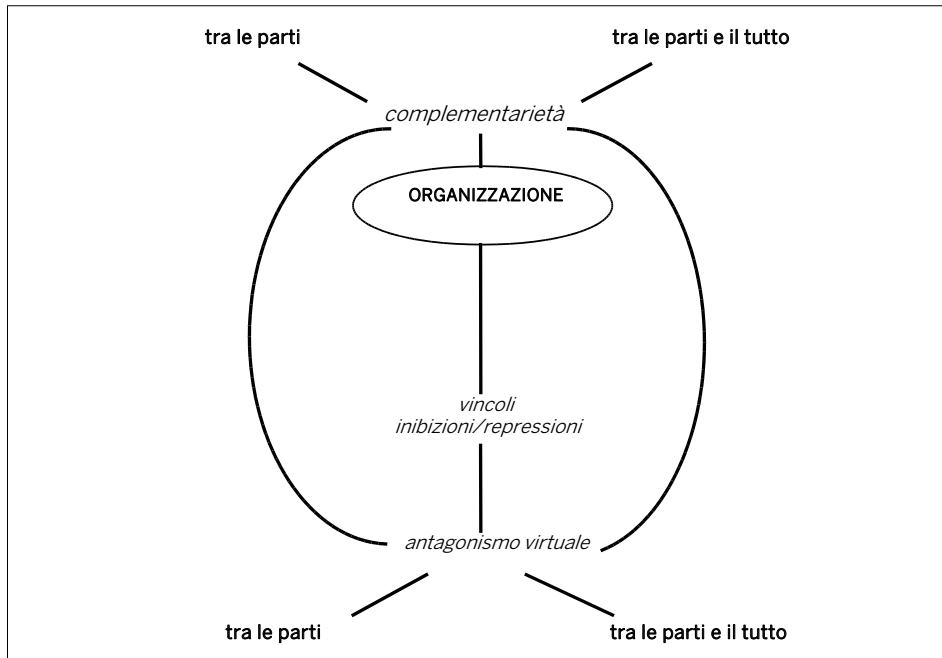


Figura 1. La crisi come processo sociale complesso (Morin 1968)

4 La sociologia della crisi: sei filoni interpretativi

Nelle tre descritte tradizioni sociologiche sulla crisi (funzionalista; conflittualista; simbolico-interazionista) si possono scorgere cinque possibili traiettorie o piste analitiche. Tutte e cinque concettualizzano la crisi in modo diverso, riconoscendosi nelle posizioni, tra loro molto differenti e distanti, di altrettanti illustri sociologi:

1. crisi come fase saliente di un processo di mutamento conflittuale (Durkheim, Sismondi, Marx);
2. crisi come trasformazione della legittimazione (Weber, Habermas, Gramsci);
3. crisi come 'great transformation', mutamento che concepisce un nuovo mondo (Polanyi);
4. crisi come decrescita (ovvero come impossibilità di percepire e costruire un nuovo mondo, accontentandosi di decrescere felicemente) (Latouche, De Masi);
5. crisi come cambiamento di clima (Dahrendorf);
6. crisi come scienza della trasformazione dell'intelligenza, effettore-trasmettitore della complessità (Morin).

La teoria moriniana ha ispirato, come già detto, l'articolato panorama degli studi del crisis management, del quale sembrano due gli aspetti sociologicamente rilevanti per questo scritto. In primo luogo, il legame tra i concetti di vulnerabilità sociale e rischio, nelle diverse declinazioni, evoluzioni, combinazioni dell'idea di resilienza (capacità di assorbire e reagire allo shock-trauma della crisi) via via proposte. In secondo luogo, il fatto che in situazioni di crisi le interazioni sociali sviluppano attività di sensemaking (Weick 1988, 1995) che si focalizzano su questioni raggruppabili lungo due interrelate dimensioni informative: *collocazione-situazione* e *attore-azioni*. Entrambe fondamentali nella costruzione in divenire di un contesto di emergenza.

Per la sua intrinseca polisemia (Colloca 2010) la crisi diventa quindi la cartina di tornasole dei mutamenti di orientamento (*habitus*) delle persone e delle collettività esposte a fattori naturali e attività antropiche potenzialmente stressanti. Il trauma conseguente alla crisi può favorire lo sviluppo del sistema, offrendo agli individui nel sistema l'opportunità per apprendere e cambiare. In questa direzione si muove la SDC di Morin di cui si dirà tra breve. Infine, nel «mondo grande e terribile» di Gramsci, anche la crisi diventa 'organica', funzionale cioè al riconoscimento/conquista/mantenimento della legittimazione di una élite in un dato blocco sociale, rispetto alla quale tale élite si pone (ed è considerata) classe dirigente (Frosini 2009). Rilevante anche la doppia lezione di Karl Polanyi sulla crisi. In primo luogo Polanyi (1974) afferma che il benessere dell'individuo e della comunità sono le stelle polari della reciproca immersione tra società ed economia. In secondo luogo, sostiene che le categorie socio-antropologiche di scambio, mercato e redistribuzione, sono rintracciabili in differenti combinatorie ai livelli macro, meso e micro di tutti i sistemi sociali, inclusi quelli in crisi.

5 Social innovation

Per non incorrere in derive sloganistiche occorre circoscrivere il concetto di social innovation (SI) nell'ormai corposa letteratura. In questa direzione, la SI si traduce nella produzione di nuove idee, servizi e modelli per soddisfare bisogni sociali e creare nuove relazioni e collaborazioni. Come tale, essa impatta anche sulle organizzazioni di servizi sanitari in termini di diffusione di

un nuovo insieme di comportamenti, *routines* e prassi di lavoro tese al miglioramento degli esiti di salute, all'efficienza amministrativa, alla costo-efficacia o all'esperienza dell'utilizzatore e che sono implementate con azioni pianificate e coordinate... (Greenhalgh et al. 2004, p. 1).

Crozier e Friedberg (2003) ne danno un'efficace sintesi definendola

un nuovo tipo di pratica sociale (cooperativa o conflittuale) che consente agli individui di acquisire i necessari profili cognitivi, razionali ed organizzativi (p. 19).

Inoltre studi recenti affermano che la SI ha surrogato la scienza tra i determinanti della sostenibilità, sostituendo quest'ultima nella sua funzione identificatrice delle conseguenze. C'è persino chi si spinge a ritenere la sostenibilità l'equivalente concettuale di crisi che riflette insieme conoscenza e azione, rappresentando simultaneamente le dinamiche e il futuro.¹³ In questa direzione la BEPA (Bureau of European Policy Advisors) (2009) descrive la SI, cuore della strategia *Europe 2020*, come un processo a spirale in quattro fasi: 1) identificazione di bisogni sociali (nuovi/insoddisfatti/non soddisfatti adeguatamente); 2) sviluppo di nuove soluzioni in risposta a quei bisogni sociali; 3) valutazione dell'efficacia delle nuove soluzioni nel raggiungere i bisogni sociali; 4) diffusione delle innovazioni sociali efficaci.

In sintesi, la SI è una categoria, descrittiva e normativa, di tipo tridimensionale:

soddisfazione dei bisogni umani (dimensione del contenuto); cambiamenti nelle relazioni sociali con particolare riferimento alla governance (dimensione di processo); aumento delle forme di 'capacitazione' (*capability*) socio-politica e di accesso alle risorse (Gerometta, Häussermann, Longo 2005, p. 2007).

6 Crisi e social innovation

La crisi (momento di transizione sociale più o meno prolungato) sviluppa risposte a nuovi e cangianti condizioni e interessi sociali, mentre la social innovation individua soluzioni al problema dell'esclusione sociale che ricadono, in generale, nelle due principali forme di inclusione sociale (interdipendenza, partecipazione).

La sociologia, in quanto sapere ed esperienza delle crisi, sembra godere di un vantaggio competitivo rispetto alle altre scienze sociali con le quali non rinuncia a confrontarsi (Boudon 1980). Spesso si qualifica la sociologia come un caratteristico 'sapere di crisi', o per situazioni di crisi.

Proprio le odierne e prolungate crisi economiche e finanziarie dimostrano che le social innovation, correlate a diffusi cambiamenti tanto della cultura dominante, che influenza il comportamento, quanto delle pratiche sociali in economia e nel consumo, determinano «in quale tipo di mondo la nuova generazione di cittadini delle società libere vivranno» (Dahrendorf

13 Così Volker Hauff, presidente nel 2010 del Consiglio tedesco per la Social Innovation.

2001). In questo contesto il moltiplicarsi delle iniziative di social innovation possono contribuire a rendere sostenibile lo sviluppo quale strategia di uscita dalle odierne e diverse *self-reinforcing crisis*, caratterizzate da resilienza, radicalizzazione, e multidimensionalità.

L'ottica della SDC indica alcuni accorgimenti per apprendere, pianificare e rispondere alle situazioni di crisi con la social innovation. Una sfida irrinunciabile anche per i sistemi sanitari.

7 Crisi e politiche di social innovation nei sistemi sanitari

Dal 2007 siamo di fronte a una «policrisi» (Morin 1968), ovvero una crisi sistemica multipla (ecologica, economica, politica, sociale, culturale, morale) che tiene insieme forze convergenti/ambivalenti, che interessano anche i sistemi sanitari sia dei Paesi emergenti BRIC (Brasile, Russia, India, Cina) che dei Paesi euro-mediterranei (Portogallo, Italia, Grecia, Spagna, spregiativamente etichettati PIGS) (Giarelli 2004). La crisi sistemico-globale (ambientale, economico-finanziaria, sociale) è contemporaneamente cifra e sfida dei tempi odierni anche nei sistemi socio-sanitari oggi in trasformazione. C'è in gioco la sostenibilità della civiltà e con essa la realistica co-evoluzione tra nuove tecnologie e futuro della società (Ardigò 1997; Cipolla 2013).

La rappresentazione sociologica più accreditata delle crisi nei sistemi sanitari è quella di Giarelli (2004). Egli reinterpreta questi mutamenti come «sconnessioni» del sistema sanitario complesso, al centro dell'ormai classico quadrilatero della salute di Ardigò (1997), nelle rivisitazioni via via proposte da Cipolla (2002), Giarelli (2004b) e Agnoletti (2004).

Gli studi sull'innovazione nella sanità hanno evidenziato come i sistemi sanitari locali sono influenzati dalla capacità di integrare tutte le organizzazioni che operano al suo interno, gestire i sistemi informativi e promuovere l'innovazione tecnologica continua. La crescente domanda di servizi sanitari e la progressiva espansione dell'auto-cura richiedono il costante aggiornamento di sistemi e infrastrutture. Inoltre, gli stessi pazienti tendono a coinvolgersi in modo crescente nella produzione di informazioni importanti per la loro assistenza sanitaria, sfruttando le nuove opportunità offerte dalle ICT (Information Communication Technologies). In questo campo, una prospettiva convincente è quella dell'analisi delle pratiche, in cui ogni esperienza quotidiana è costantemente opposta alle sfide che non possono essere risolte con il semplice trattamento manageriale dei problemi o con la sola pianificazione ex ante e il disegno di sistemi di offerta di cura e di assistenza. Le crisi amplificano fratture e scosse violente nel consueto funzionamento delle organizzazioni (incluse quelle sanitarie). I decisori (pubblici, privati, terzo settore) sono quindi spinti a elaborare nuo-

vi e sostenibili modelli di gestione delle situazioni che sono caratterizzate da elevata incertezza e urgenza e richiedono forti dosi di SI.

8 Una nota finale

Nella direzione prospettata, il saggio ha sin qui ricostruito concetti, campi e trend internazionali di ricerca della moderna sociologia della crisi. Quest'ultima disciplina è stata declinata non solo nel senso dei *critical management studies* (Boin 2009) attenti alla programmazione e alla gestione delle comunicazioni nelle situazioni di crisi e nei disastri (Quarantelli 1978). Si è infatti ampliato lo sguardo alla dimensione di complessità epistemologica indicata da Morin, nell'intento di ricavare indicazioni per i problemi delle eco-reti in sanità. I sociologi della crisi non si limitano a svelare gli usi mistificanti delle riforme. Il loro sforzo si orienta piuttosto in due direzioni. Da un lato si preoccupano di individuare nuove fonti di disuguaglianze di salute. Dall'altro valutano il potenziale socialmente ristrutturante del conflitto (interistituzionale, interprofessionale, interindividuale) quale antidoto e strategia di decodifica del nesso tra le cascade crisis (Fox Gotham 2014) e le politiche anticrisi. Quest'ultime spesso rialimentano il circuito crisogeno. I sociologi guardano alla crisi (minaccia e speranza di cambiamento) come un processo sociale che sfocia in una situazione deteriorata, caratterizzata da incertezza, complessità e urgenza rispetto ai possibili sviluppi. Muovendo dai recenti sviluppi della SDC inaugurata da Morin (1968, 1976), questo saggio ha cercato di dimostrare come la dicotomia crisi/riforme non sia soltanto fuorviante, ma anche rivelatrice di aspetti, ancora poco indagati, del nesso teoricamente cruciale tra politiche di SI e trasformazione dei sistemi sanitari, in quanto sistemi sociali complessi e adattivi.

In questa chiave, la teoria sociologica sulle crisi pone come questione fondamentale la sua adeguatezza rispetto alla oggettiva natura di momenti chiave di social innovation. Una questione, solo apparentemente teorica, che qui si intende ricondurre nel più ampio contesto delle cascade crisis (economica, politica, finanziaria, ecc.) e del nesso crisi-policy (Fox Gotham 2014), che oggi investono i sistemi sanitari intesi come ambienti complessi.

I sociologi della crisi (classici, moderni e contemporanei) focalizzano così la natura 'liquida' (le dimensioni moriniane) delle crisi (Bauman 2002, 2014) e i loro *cascade effects* (finanziari, economici, di welfare) per valutarne la complessità molteplice anche in termini di deficit di innovazione sociale. Infatti, seguendo Morin, si può sostenere che le diverse crisi, nel loro reciproco intreccio globale, depauperano ed arricchiscono contemporaneamente i fattori propellenti del capitale (di innovazione) sociale (fisico e relazionale): fiducia e speranza, individuali e collettive. In situazioni di crisi e di social innovation le interazioni sociali si svolgono lungo tre

dimensioni: tipo di bisogni insoddisfatti, governance partecipativa, empowerment.¹⁴ In questo senso essi richiedono e attivano processi semiotici e di sensemaking (nell'individuo, nelle organizzazioni, nella società civile) che si dispiegano lungo tre dimensioni: spazio-temporale, regolazione dei diritti, immaginari socio-economici.

Più in particolare, la SDC può aiutare a comprendere l'odierno transito dallo *Stato regolatore* (La Spina, Majone 2000) allo *Stato innovatore* (Mazuccato 2013), fungendo da supporto epistemologico e dialogico allo studio e alla valutazione delle politiche pubbliche (La Spina, Espa 2011), incluse quelle per la trasformazione dei sistemi sanitari. In particolare, gli studi sulle dinamiche culturali del nesso crisi-politiche potranno essere interpretate come *sensemaking-drama*, un penta-processo narrativo, capace cioè di porre interrogativi sensibilizzanti su attori, scenari, agenti, agency, scopo (Burke 1969a, 1996b). In questa chiave i sociologi della crisi elaborano strumenti (semiotici e di *public policies*) che possono consentire di valutare taluni meccanismi istituzionali (micro-meso-macro) di social innovation.

Bibliografia

- Agnoletti, V. (2004). «Rapporto medico-paziente». In: Cipolla, C. (a cura di). *Manuale di sociologia della salute, I: Teoria*. Milano: FrancoAngeli, pp. 308-332.
- Ardigò, A. (1997). *Società e salute: Lineamenti di sociologia sanitaria*. Milano: FrancoAngeli.
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt: Suhrkamp. Trad. it: *La società del rischio: Verso una seconda modernità*. Roma: Carocci editore, 2000.
- Beck, U. (2009). *Che cos'è la globalizzazione. Rischi e prospettive della società planetaria*. Roma: Carocci editore.
- Bauman, Z. (1990). *Thinking Sociologically*. Oxford: Blackwell Publishing.
- Bauman, Z. (2002). *Society Under Siege*. Cambridge: Polity Press. Trad. it.: *La società sotto assedio*. Roma-Bari: Laterza, 2003.
- BEPA (2009). *Social Innovation as Part of The Europe 2020 Strategy. Executive Summary*. Bureau of Policy Adivers [online]. Disponibile all'indirizzo <http://www.minaraad.be/digibib/projects/2012-013/20100317->

¹⁴ Si tratta, nell'ordine, di: a) causa dell'insoddisfazione (bisogni umani non ancora o non più soddisfatti); b) opportunità di relazione sociali dischiuse (governance che abilita non soltanto la soddisfazione ma accresce anche il livello di partecipazione di tutti i gruppi, specialmente quelli più socialmente deprivati); c) incremento della capacitazione (*capability*) socio-politica e accesso alle risorse necessarie per accrescere i diritti alla soddisfazione dei bisogni umani e alla partecipazione (empowerment dimension) (Moulaert et al. 2005, p. 1978)» (Greenhalgh et al. 2004, p. 24).

- EC%20Synthesenota%20Sociale%20Innovatie%20als%20deel%20van%202020%20Strategie%20-%20en.pdf/download (2014-07-21).
- Boin, A. (2009). «The New World of Crisis and Crisis Management: Implications for Policy Making and Research». *Review of Policy Research*, 26 (4), pp. 367-377.
- Boudon, R. (1980). *The Crisis in Sociology: Problems of Sociological Epistemology*. New York: Columbia University Press.
- Burke, K. (1996a). «Dramatic Form-and: Tracking down Implications». *Tulane Drama Review*, 10, pp. 54-63.
- Burke, K. (1966b). *Language as Symbolic Action*. Berkeley: University of California Press.
- Cipolla, C. (a cura di) (2002). *Trasformazioni dei sistemi sanitari e sapere sociologico*. Milano: FrancoAngeli.
- Cipolla, C. (2013). *Perché non possiamo non essere eclettici: Il sapere sociale nella web society*. Milano: FrancoAngeli.
- Colloca, C. (a cura di) (2010). «Crisi e mutamento sociale». *Società Mutamento Politica*, 1 (2), pp.19-39.
- Crozier, M.; Friedberg, E. (2003). *Die Zwänge kollektiven Handelns: Über Macht und Organisation*. Frankfurt: Hain.
- Dahrendorf, R. (2001). *Dopo la democrazia*. Roma-Bari: Laterza.
- Drabek, T.E. (1986). *Human System Responses to Disaster: An Inventory of Sociological Findings*. New York: Springer Verlag.
- De Masi, D. (2014). *Mappa mundi: Modelli di vita per una società senza orientamento*. Milano: Rizzoli.
- European Commission (2013). *Guide to Social Innovation* [online]. Disponibile all'indirizzo http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docgener/presenta/social_innovation/social_innovation_2013.pdf (2014-07-21).
- Fox Gotham, K. (2011). «Cascading Crises: The Crisis-Policy Nexus and the Restructuring of the US Housing Finance System». *Critical Sociology*, 1, pp. 1-16.
- Frosini, F. (2009). «Crisi» s.v. In: Liguori, G.; Voza P. (a cura di). *Dizionario gramsciano 1926-1937*. Roma: Carocci editore.
- Gallino, L. (2003). *Dizionario di Sociologia*. Torino: UTET-Libreria.
- Gerometta, J.; Häussermann, H.; Longo, G. (2005). «Social Innovation and Civil Society in Urban Governance: Strategies for An Inclusive City». *Urban Studies*, 42 (11), pp. 2007-2021.
- Giarelli, G. (2004a). «Il sistema sanitario: modelli e paradigmi». In: Cipolla C. (a cura di), *Manuale di sociologia della salute, I: Teoria*, Milano: FrancoAngeli, pp. 107-140.
- Giarelli (2004b). «La ricerca comparata in sanità: approcci, livelli e metodi». In Cipolla, C. (a cura di), *Manuale di Sociologia della salute, II: Ricerca*. Milano: FrancoAngeli.
- Greenhalgh T.; Glen R.; Macfarlane F.; Bate P.; Kyriakidou O. (2004). «Diffusion of Innovations in Service Organizations: Systematic Review and

- Recommendations» [online]. *The Milbank Quarterly*, 82, 4, pp. 1-37. Disponibile all'indirizzo <http://www.milbank.org/quarterly/8204feat.html> (2014-08-20).
- Kreps, G.A. (1984). «Sociological Inquiry and Disaster Research». *Annual Review of Sociology*, 10, pp. 309-330.
- La Spina, A.; Espa, E. (2011). *Analisi e valutazione delle politiche pubbliche*. Bologna: il Mulino
- La Spina, A.; Majone, G. (2000). *Lo stato regolatore*. Bologna: il Mulino.
- Leonardi, Franco (1986). *Un'analisi concettuale dei processi di disgregazione sociale*. In: Leonardi, Franco, *Di che parla il sociologo? Problemi di epistemologia delle scienze sociali*. Milano: FrancoAngeli.
- Lombardi, Marco (2005). *Comunicare nell'emergenza*. Milano: Vita e Pensiero.
- Lucini, B. (2014a). «Disaster Resilience from a Sociological Perspective». *Humanitarian Solutions in the 21st Century*, pp.7-30. Zurich: Springer International Publishing.
- Lucini, B. (2014b). *Disaster Resilience from a Sociological Perspective: Explaining Three Italian Earthquakes as Model for Disaster Resilience*. New York: Springer.
- Mazzucato, M. (2013). *The Entrepreneurial State: Debunking Public vs. Private Sector Myths*. London-New York: Anthem Press. Trad.it.: *Stato Innovatore*. Laterza, Roma-Bari, 2014.
- Mikusova, M. (2014). «Multiple Approach to The Term of 'Crisis'» [online]. In: Neck, R.; Awcejcwicz, J. (eds.), *Recent Advances in Economics, Management and Development*. Proceedings of 2014 International Conference on Economics, Management and Development, February 22-24, 2014, pp. 124-132, Interlaken, Switzerland. Disponibile all'indirizzo <http://www.europment.org/library/2014/interlaken/ECON.pdf> (2015 -08-09).
- Mikusova, M.; Horvathova, P. (2011). «Psychological And Sociological Approaches On The Crisis And Its Management» [online]. *International Conference on Business and Economic Research-2010*, vol. 1. Kuala Lumpur: IACSIT Press, pp.10-14. Disponibile all'indirizzo www.ipedr.com/vol1/3-B000004.pdf (2014-08-15).
- Milani, S. (2010). «La sociologie face à la crise: Una rilettura di Edgar Morin» [online]. *Società Mutamento Politica*, 1 (2), pp. 195-204. Disponibile all'indirizzo www.fupress.com/smp (2014-07-23).
- Morin, E. (1968). «Pour une sociologie de la crise». *Communications*, 12, pp. 2-26.
- Morin, E. (1976). «Pour une crisologie». *Communications*, 25, pp. 149-163.
- Morin, E. (2007). *On Complexity*. Cresskill, NJ: Hampton Press.
- Morin, E. (2010). *Pro e contro Marx: Ritrovarlo sotto le macerie dei marxismi*. Trento: Erickson.
- Polanyi, K. (1974). *La grande trasformazione: Le origini economiche e politiche della nostra epoca*. Torino: Einaudi.

- Quarantelli, E.L. (ed). (1978). *Disasters: Theory and Research*. Beverly Hills, CA: SAGE.
- Ritzer, G. (2009) (ed.). *The Blackwell Encyclopedia of Society*. Oxford: Wiley-Blackwell Publishing.
- Rodriguez, H.; Quarantelli, E.L.; Dynes, R.R. (eds.) (2006). *Handbook of Disaster Research*. New York: Springer.
- Shrivastava, P. (1992). *Bhopal: Anatomy of a Crisis*. London: Paul Chapman.
- Shrivastava, P. (1993). «Crisis Theory/Practice: Towards A Sustainable Future». *Industrial & Environmental Crisis Quarterly*, 7 (1), pp. 23-42.
- Shrivastava, P.; Mitroff, I.; Miller, D. (1988). «Understanding Industrial Crises». *Journal of Management Studies*, 25 (4), pp. 285-322.
- Tourain, A. (2010). *Après la crise*. Paris: Seuil. Trad. it.: *Dopo la crisi: Una nuova società possibile*. Roma: Armando Editore, 2012.
- Weick, K.E. (1988). «Enacted Sensemaking in Crisis Situations». *Journal of Management Studies*, 25, pp. 305-318.
- Weick, K.E. (1995). *Sensemaking in Organizations*. Thousand Oaks, CA: SAGE.
- Wieviorka, M. (2009) «La sociologie et la crise: Quelle crise et quelle sociologie?». *Cahiers Internationaux de Sociologie*, 127 (2), pp. 181-198.

Esperienze

Il modello per la sicurezza del paziente della ASL 2 Savonese: verso una organizzazione resiliente

Anna Apicella (ASL 2 Savonese, Italia)

Elio Garbarino (ASL 2 Savonese, Italia)

Lucia Tulumiero (ASL 2 Savonese, Italia)

Abstract ASL No 2 Savonese has defined and developed a clinical risk, accident prevention and management, through the integration of the System of Quality Management. Over the past two years, this paradigm has resulted in the identification of responsibilities, duties and functions of the role of the different actors, business methods and procedures introduced. First of all, the leadership (directors and coordinators) were also sensitized through training. Subsequently, they have been designated and trained two 'facilitators' for each structure and sector specific initiative; company procedures were prepared as a provision for adverse events for reporting arrangements, communication and management. The Risk Management acts as a result of the accident reports drawn up through various analysis tools, in order to overcome the culture of blame, to analyse the human, organizational and technological and plan corrective action and improvement. The members of the UGR (Unit Risk Management) have been trained on non-technical skills to manage adverse events. It has started an active collaboration with the Committee of complaints Management Company.

Sommario 1. Introduzione. – 2. L'esperienza della ASL 2 Savonese. – 3. Approccio culturale e strategia per la sicurezza. – 4. Dal singolo, al gruppo, al sistema in tempo di crisi. – 5. Il benessere organizzativo. – 6. La collaborazione resiliente. – 7. La valutazione dei primi risultati e le prospettive.

Keywords Quality Management System. Risk Management. Business methods.

1 Introduzione

Perché un modello aziendale per la gestione del rischio clinico? Il Ministero della salute definisce la gestione del rischio clinico (*Clinical Risk Management*) in questo modo:

Processo sistematico, comprendente sia la dimensione clinica che quella gestionale, che impiega un insieme di metodi, strumenti e azioni che consentono di identificare, analizzare, valutare e trattare i rischi al fine di migliorare la sicurezza dei pazienti.

La gestione del rischio clinico è uno degli strumenti del Governo Clinico. Per Governo Clinico si intende un approccio integrato per l'ammodernamento

mento del Servizio Sanitario Nazionale, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità (Ministero della Salute 2011).

Il Sistema Sanitario Nazionale ha quale obiettivo prioritario quello di offrire, responsabilmente, assistenza di alta qualità e in condizioni di massima sicurezza. Tra le funzioni del Ministero della Salute, quindi, assumono notevole rilievo la valutazione e il controllo dell'effettiva erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) anche per gli aspetti della qualità e della sicurezza dei pazienti.

L'impegno continuo per la Sicurezza dei Pazienti e la gestione del Rischio clinico sono infatti fondamentali vettori per la realizzazione delle politiche di governo clinico e più in generale della qualità nei servizi sanitari, rendendo conto della rilevanza che tali tematiche hanno assunto nelle scelte sanitarie di molti Paesi e dei principali organismi internazionali, impegnati nella definizione di strategie e azioni in questo settore. È riconosciuto che la promozione della sicurezza dei pazienti si fonda su un approccio sistemico, che comprende lo studio degli eventi avversi, l'identificazione e il controllo delle circostanze e dei fattori che possono facilitare o determinare un danno per il paziente, la progettazione di processi assistenziali appropriati, efficaci ed efficienti. In particolare, l'analisi delle cause e dei fattori contribuenti rappresenta un momento complesso, ma essenziale, nella gestione del rischio clinico e ha lo scopo di identificare gli elementi che possono aver contribuito all'occorrenza dell'evento avverso, tramite l'applicazione di una metodologia di indagine orientata al sistema e ai processi. L'identificazione delle cause profonde è necessaria per individuare le soluzioni più appropriate e per prevenire l'accadimento di un evento analogo.

2 L'esperienza della ASL 2 Savonese

Le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere, sulla base delle indicazioni ministeriali, hanno dovuto adeguarsi e organizzarsi al fine di adempiere agli obblighi previsti da leggi, normative, piani, ecc. in materia. Ogni Regione ha definito un proprio modello guida per le Aziende Sanitarie. In Regione Liguria nel 2006 è stata istituita la 'rete regionale del rischio clinico', costituita da:

- Commissione Regionale di Coordinamento, quale organo consultivo e propositivo della Giunta Regionale e quale strumento per promuovere la realizzazione di un approccio integrato alla gestione del rischio all'interno delle strutture sanitarie, per il conseguimento di adeguati livelli di sicurezza dei pazienti e degli operatori;
- Unità di Gestione del Rischio (UGR) istituite a livello di ogni Azienda

Sanitaria, quale gruppo di lavoro multidisciplinare che garantisce l'integrazione delle competenze legali, tecniche, sanitarie, amministrative presenti nelle Aziende: contestualmente ne sono stati definiti obiettivi e compiti.

La ASL 2 Savonese nel 2007 ha istituito la UGR aziendale con l'obiettivo di implementare l'elaborazione di percorsi, protocolli operativi clinici, terapeutici e assistenziali al fine di garantire una maggiore sicurezza del paziente e degli operatori, monitorare in modo sistemico gli eventi avversi nonché promuovere, sviluppare e monitorare le iniziative formative per la gestione del rischio clinico. Nel 2008 la Azienda Ospedaliera S. Corona di Pietra Ligure è confluita nella ASL 2 Savonese e, considerata l'ampiezza e la dislocazione provinciale dei 4 ospedali e dei servizi territoriali, la direzione ha istituito, nel 2009, due gruppi operativi di Ponente e Levante della UGR aziendale, affidandone il coordinamento a due dei componenti. In tale occasione è stato effettuato un confronto fra le iniziative formative e i progetti realizzati per una nuova progettazione con scadenza biennale. Ogni anno l'UGR predispone un piano formativo aziendale sulla base della valutazione dei risultati degli eventi formativi precedenti e dei progetti realizzati. Successivamente, nel 2010, la Direzione Sanitaria Aziendale ha chiesto al suo staff di definire un modello di prevenzione e gestione del rischio clinico che si integrasse con il Sistema Gestione Qualità Aziendale, già attivo da molti anni, e che fosse rispondente agli obblighi ministeriali e regionali e soprattutto che si integrasse con la prevenzione e gestione dei sinistri. Tenendo conto della Legge della Regione Liguria del 2011, che istituiva la gestione diretta delle richieste di risarcimento danni e il Comitato gestione sinistri regionale. L'incarico di definire il modello fu affidato al Responsabile della struttura SSD (Struttura Semplice Dipartimentale) Qualità e Governo Clinico, che incaricò il responsabile dell'Ufficio Qualità di Savona. Per raggiungere tale obiettivo fu effettuato uno studio preliminare relativo all'organizzazione aziendale, ai suoi organi e funzioni così da identificare nell'organigramma e nei livelli organizzativi i flussi di comunicazione e conseguenti azioni necessarie allo scopo prefissato. Fu utilizzato il tempo protetto e il luogo appropriato della formazione interna allo staff della Direzione Sanitaria Aziendale per elaborare e definire il progetto. Fu realizzato un evento formativo dal titolo *La comunicazione strategica aziendale*, che ebbe un'articolazione biennale e permise di identificare i soggetti strategici aziendali da coinvolgere nella prevenzione e gestione del rischio clinico e soprattutto di definire quali ruoli e funzioni dovevano essere affidati a ciascuno. Si sottolineò che la comunicazione strategica era la chiave da presidiare per l'efficacia del modello. Si utilizzarono strumenti tipici della ricerca sociologica: focus group, questionari, analisi di documenti (es. verbali di riunioni di Dipartimento), simulazioni di riunioni, role playing.

Al termine dell'analisi e del proficuo confronto all'interno dello staff, fu presentato alla Direzione Generale il modello di prevenzione e gestione del rischio clinico, integrato con il Sistema Gestione Qualità, e di gestione sinistri. Furono elaborati il piano biennale 2012-2013 e il piano della formazione strategica, che fu approvato e deliberato. Tale piano definiva i soggetti, i ruoli e le funzioni ai diversi livelli aziendali, a partire dallo staff della Direzione Sanitaria, ovvero dei servizi afferenti quali: le Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero; la Direzione delle professioni sanitarie e di assistente sociale; la SSD Qualità e Governo Clinico; gli Uffici Qualità. Furono definiti i compiti e i flussi comunicativi in caso di «evento sentinella», con obbligo di segnalazione al Ministero, e di «quasi eventi ed eventi avversi», con la raccolta da parte degli Uffici Qualità - in quanto funzione delegata della UGR - e inserimento dati nel flusso regionale. In particolare, fu redatta e diffusa una procedura dal titolo *Segnalazione/Comunicazione e gestione degli eventi avversi, Rev. 0 del 16.10.2012*. L'AHQRQ (Agency for Healthcare Research and Quality), l'Agenzia federale degli Stati Uniti per la ricerca e la qualità in ambito sanitario, ha definito la sicurezza dei pazienti come

l'assenza del potenziale per, o l'occorrenza di danni ai pazienti associati all'assistenza sanitaria, che origina dall'evitare errori nella pratica clinica e dall'adoperarsi al fine che gli errori non causino danno (Hines, S.; Luna, K; Lofthus, J. et al. 2008).

Negli ultimi dieci anni, gli studi internazionali hanno evidenziato potenzialità e limiti di diversi metodi di identificazione del rischio (Naessens et al. 2005; Olsen et al. 2007) che devono essere diversificati in relazione a scopi specifici, al contesto socioculturale e organizzativo, allo stato di avanzamento della cultura della sicurezza. Per sviluppare un sistema di gestione del rischio clinico si possono individuare alcune **precondizioni organizzative** (WHO 2005; Vincent et al. 2012):

- impegno del management (Ovretveit 2006; Vincent 2006) come elemento chiave del governo aziendale;
- supporto di sistemi informativi.

Oltre alla Direzione Strategica (direttore generale, sanitario e amministrativo) che aveva approvato e deliberato il piano biennale, furono individuati come figure strategiche i direttori dei Dipartimenti e i direttori delle strutture complesse insieme ai coordinatori infermieristici e tecnici sanitari tutti. Si decise di partire da queste figure per rafforzare il ruolo di management, in particolare nell'area di cui parliamo, attraverso la formazione. Fu organizzato e tenuto il primo corso nel 2012 e in quella stessa occasione si utilizzò la swot analysis per coinvolgere i direttori stessi su possibili e realistiche strategie aziendali di prevenzione e gestione rischi. L'evento formativo era stato articolato in brevi relazioni con spazio per

la discussione che affrontavano il tema da punto di vista giuridico, documentale, psicologico e organizzativo. Al termine degli incontri fu elaborata un'ulteriore proposta emersa, ovvero quella di individuare in ogni struttura complessa la figura del 'facilitatore', uno o due operatori che, dopo adeguata formazione, assumono il compito di promuovere la cultura della segnalazione degli incidenti, favorirne l'analisi interna utilizzando i metodi e gli strumenti appresi del risk management. Attualmente si contano circa 2.000 operatori formati con corso base per la prevenzione e gestione del rischio clinico (su 3.488 dipendenti dell'Azienda); 180 operatori formati con la qualifica di 'facilitatori', presenti in tutti i 13 Dipartimenti sanitari. Nel 2014 è stato realizzato il secondo corso per direttori, durante il quale oltre agli aggiornamenti sul tema sono stati presentati i dati relativi alle attività svolte e i significativi risultati in termini di aumento di fiducia nello strumento di segnalazione spontanea nell'incident reporting: siamo passati da 13 segnalazioni spontanee nel 2009, a 22 nel 2010, a 30 nel 2011, a 62 nel 2012 a 130 nel 2013. Sono stati presentati i dati relativi alla formazione realizzata a livello trasversale e nei singoli Dipartimenti, i risultati dei principali progetti realizzati. L'aggiornamento ha previsto la partecipazione di un comandante dell'aeronautica, che ha portato la sua esperienza di formatore e illustrato i parallelismi con la prevenzione dell'errore in sanità, quella di un avvocato e un magistrato, che hanno rappresentato il punto di vista della giurisprudenza; un particolare accenno è stato fatto alla documentazione sanitaria elettronica e alle sue implicazioni nel rischio clinico. Il piano della formazione successivo, 2014, è stato elaborato per Dipartimenti e ha previsto l'assunzione in qualità di docenti dei 'facilitatori'; in particolare i temi affrontati sono stati quelli maggiormente segnalati nell'incident reporting: l'identificazione paziente, sito e lato, nelle procedure diagnostiche, terapeutiche, chirurgiche, nella compatibilità trasfusionale ABO, nella caduta dei pazienti, nella prevenzione delle infezioni ospedaliere, ecc. I componenti della UGR hanno svolto e svolgono il ruolo di 'metodologi' nella promozione e diffusione della cultura della sicurezza dei pazienti, attraverso la gestione dei casi. I risultati sono costantemente monitorati con indicatori specifici in ciascun progetto.

3 Approccio culturale e strategia per la sicurezza

In un interessante testo del dr. John Ovretveit, direttore della Research Karolinska Institute MMC di Stoccolma e professore di Health Policy and Management presso la Berger University Faculty of Medicine, in Norvegia, dal titolo *Quali interventi sono efficaci per migliorare la sicurezza dei pazienti?* Una revisione della ricerca sulle prove di efficacia, del 2006, vengono riassunte le ultime prove accertate dalle attività di ricerca sugli interventi più efficaci per migliorare la sicurezza dei pazienti a livello cli-

nico, organizzativo e delle politiche dei governi. In questo rapporto sono stati segnalati gli interventi efficaci o solo promettenti, perché ancora privi di prove conclusive. Alcuni studi di casi descrivono le strategie per la sicurezza degli ospedali o di sistemi sanitari, ma sembra mai sia stata fatta una valutazione indipendente e sistematica a lungo termine. Una delle migliori esperienze è la strategia in otto mosse per sviluppare una cultura della sicurezza, attivata al John Hopkins, ospedale universitario degli USA, che dapprima è iniziata in due reparti di Terapia Intensiva e poi si è diffusa in tutto l'ospedale. Questo non è un rapporto indipendente ma sono presentate prove e risultati (Pronovost, Holtzmuller 2004). Riportiamo in sintesi i risultati di questa esperienza significativa che conferma la necessità per le organizzazioni sanitarie di affrontare i problemi della strategia per la sicurezza con un approccio culturale e sottolinea l'importanza di sviluppare le competenze non tecniche degli operatori, in particolare relative al 'lavoro di squadra'.

Scopo dell'esperienza era sviluppare un programma complessivo per la sicurezza dei pazienti che potesse essere applicato in sequenza in tutte le strutture, migliorasse la cultura della sicurezza, consentisse al personale di fissare l'attenzione sui problemi specifici delle loro strutture e lo aiutasse nell'attivare iniziative per la sicurezza dell'intero sistema, comprendesse una raccolta rigorosa di dati, sia per identificare problemi che per misurare i risultati dei cambiamenti.

Le fasi del progetto furono: valutare la cultura della sicurezza nella struttura; formare il personale, identificare le principali preoccupazione; far adottare il programma dai *leaders* anziani coinvolgendoli nell'attenzione alla sicurezza; attivare i miglioramenti per la sicurezza; documentare i risultati derivanti dagli interventi migliorativi; raccontarsi le storie e le lezioni apprese; rivalutare la cultura della qualità della struttura.

La Terapia Intensiva fu il primo reparto coinvolto utilizzando tre principi, tratti dalla teoria della sicurezza e dall'esperienza di altre industrie:

1. creare una cultura della sicurezza;
2. standardizzare le cure, specificare quello che viene fatto e quando viene fatto (basandosi sulle migliori evidenze);
3. automatizzare.

Il report descrive come l'ospedale ha applicato queste idee. Il programma ha insegnato al personale a standardizzare i processi, trovando modi per ridurre la complessità diminuendo il numero dei passaggi.

Un esempio è illustrato in relazione al metodo per ridurre le infezioni da catetere venoso centrale. Dalle osservazioni effettuate risultava che, quando i medici si preparavano per l'inserzione del catetere centrale, la loro compliance con le barriere protettive era scadente. Solo il 30% usava una sterilizzazione appropriata: lavarsi le mani, indossare cuffia, camice, mascherina e panni di barriera completi. E i necessari presidi erano in nove posti diversi.

Standardizzare ha voluto dire fornire un luogo unico di stoccaggio con tutto l'occorrente per soddisfare le linee guida orientate all'EBM (Evidence Based Medicine, medicina basata sulle prove di efficacia) e il risultato fu una compliance molto più alta. La creazione di 'ridondanze indipendenti' coinvolse le infermiere che assistevano all'inserzione del catetere centrale che utilizzavano una check-list per verificare se il medico osservava i processi noti per ridurre le infezioni da catetere.

All'infermiera venne conferito il potere di fermare il medico e correggere i suoi difetti. Inoltre, durante i giri quotidiani di reparto, al personale infermieristico veniva sempre richiesto se il catetere poteva essere rimosso. All'inizio, le infermiere dissero di non essere loro le poliziotte dei medici e i medici non furono per nulla entusiasti di ricevere correzioni. L'approccio fu quello di 'lavorare in squadra' per ridurre ogni possibile danno ai pazienti, con l'infermiera come avvocato del paziente.

Questo è uno dei molti esempi di come sia necessario affrontare con un approccio culturale i problemi della strategia per la sicurezza.

4 Dal singolo, al gruppo, al sistema in tempo di crisi

Spesso durante i nostri incontri con gli operatori abbiamo sentito molte affermazioni che fanno riferimento alla scarsa motivazione su cui poter fare leva per un cambiamento organizzativo, considerando il contesto nazionale e locale di crisi economica, che il nostro Paese attraversa e si respira ogni giorno girando per i reparti e servizi dell'Azienda. Le possibilità di errore sono, a detta degli stessi operatori, da attribuirsi alle condizioni di lavoro sempre più stressanti, ai doppi turni e alla riduzione di risorse di ogni tipo.

Pertanto, prendendo a riferimento la letteratura e l'esperienza di altri Paesi in materia di sicurezza dei pazienti, abbiamo studiato le strategie che permettono di coinvolgere i singoli e spostare l'attenzione al gruppo e dal gruppo al sistema.

Abbiamo compreso che non è sufficiente far leva sulle competenze tecnico-professionali, anzi, al contrario, sono proprio le **competenze non-tecniche** a non dover essere sviluppate.

È l'organizzazione a dover trovare nelle risorse umane la leva del cambiamento e sono soprattutto coloro che hanno responsabilità di direzione e coordinamento di strutture e gruppi professionali a dover assumere il ruolo di leader, mostrandosi capaci di fare squadra e trainare i loro team verso gli obiettivi prefissati.

Abbiamo quindi introdotto questi temi nei piani formativi e sensibilizzato le figure di direzione e coordinamento, organizzando seminari e incontri.

L'approccio alla prevenzione e gestione dei rischi per salute e sicurezza sul lavoro e delle situazioni di emergenza basato sulle competenze non tecniche è in grado di superare i limiti della concezione solo tecnica e normativa

della sicurezza o limitatamente comportamentista del fattore umano (Flinn O'Connor, Crichton 2008). Possiamo dire che tali competenze non tecniche sono ciò che facilita la risonanza virtuosa, perché aiutano le persone nella circolazione lungo la matrice della resilienza (Bracco 2013). Definiamo Non-Technical Skill (NTS) le competenze necessarie ad agire nei sistemi organizzativi con consapevolezza della rilevanza per la prevenzione e gestione dei rischi; ovvero le seguenti competenze:

1. **consapevolezza situazionale:** è la capacità di cogliere elementi significativi nel proprio ambiente, di comprenderli in quadro coerente di significato e di saperli proiettare nell'immediato futuro (Endsley, Garland 2000);
2. **comunicazione:** le competenze comunicative nel gruppo di lavoro sono fondamentali per poter condividere le informazioni rispetto a segnali deboli di rischio o anomalie; occorrono ascolto empatico, sospensione del giudizio, valorizzazione delle differenze, capacità di fornire feedback facilitanti. L' 'impotenza appresa' (si veda in seguito), che nasce da una comunicazione disfunzionale, porta tre forme di ritiro: motivazionale (le persone perdono la spinta a fare il loro lavoro, non cercano di migliorarsi), emozionale (le persone sono impaurite, bloccate, impotenti, sole e inermi) e cognitivo (le persone non usano le proprie risorse in modo efficace, non credono più in ciò che fanno, operano in modo approssimativo e rudimentale, perché hanno esaurito forze e spinte interne);
3. **lavorare in gruppo:** aiuta i membri a sentirsi attivi sensori di varietà nella normale attività, da cui possono sorgere errori e incidenti, ma ci vogliono fiducia, obiettivi condivisi, capacità di condividere aspettative e bisogni. Il gruppo è la dimensione intermedia tra individuo e sistema. Il gruppo protegge e motiva.
4. **leadership;**
5. **presa di decisione;**
6. **gestione dello stress e del carico di lavoro:** in questa fase le persone rischiano di restare bloccate dagli automatismi. Sotto stress, le risorse mentali e fisiche sono limitate e quindi è naturale tendere a utilizzare modalità automatiche di comportamento, anche quando non sarebbero opportune;
7. **gestione della fatica.**

L'impegno per apprendere una competenza non superficiale in queste aree richiede il riconoscimento della necessità di superare la visione meccanica e lineare dei fenomeni organizzativi (tra i quali la prevenzione e gestione dei rischi).

Per questo motivo, occorre aggiungere a queste aree di competenza non tecnica anche una competenza relativa al riconoscimento e alla comprensione dei sistemi complessi.

In particolare il Dipartimento di Patologia Clinica, nell'aprile del 2014, ha organizzato un seminario aperto sul tema, *La gestione del cambiamento in tempo di crisi: quale leadership?*.

Il dr. Fabrizio Bracco, ricercatore in Psicologia Generale dell'Università di Genova, sostiene che questo percorso dovrebbe essere affrontato in ogni ambiente di lavoro, dai corsi per operatori a quelli per dirigenti. Quando un'azienda decide di tagliare un reparto, o un ufficio, le scelte ricadono a cascata sino al singolo lavoratore, che spesso non ne capisce il senso, ma ne subisce e basta gli effetti, insieme magari al taglio dello stipendio. Ed ecco che nascono guerre interne, cinismo, individualismo. È qui che entra in gioco il valore di un leader, di un capo reparto, che deve imparare a curare il suo gruppo, spiegare le ragioni dei tagli, motivare a procedere per un obiettivo comune. Deve fare riunioni per favorire l'emergere dei problemi, anche dal basso, non temendo di alimentare il confronto. Così il lavoratore, ad esempio sanitario, si identificherà con il gruppo di lavoro, piuttosto che con l'ospedale o l'intero sistema sanitario, e sarà più motivato.

Per quanto possa sembrare specifica del livello organizzativo, la leadership potrebbe essere vista come il motore che avvia e sostiene la circolazione delle informazioni.

È dal potere del gruppo di lavoro come base che nasce la sicurezza. La leadership facilita la cultura della sicurezza, stimolando una cultura dell'apprendimento, della flessibilità e del reporting, una cultura orientata alla condivisione delle informazioni, che è consapevole delle differenze tra lavoro progettato e lavoro realmente eseguito. Sa dove si spinge il sistema, sa quali derive si stanno subendo e cerca di controllarle. Si tratta quindi di una leadership non autoritaria, ma nemmeno passiva, che è capace di proporre con fermezza la sicurezza come impegno di tutti e dare a tutti un posto in questa ricerca di risonanza virtuosa. Essa inoltre facilita il sistema verso la resilienza, sa adottare quel tanto di immaginazione necessario, si mette in discussione e accetta punti di vista scomodi.

È la leadership di chi pensa al sistema, ma vede le persone, di chi si fa carico di dare un senso alle attività. Si preoccupa che il senso attribuito alle attività sia funzionale al disegno dell'organizzazione, dove la sicurezza non sia un orpello aggiunto per legge, ma un **valore** imprescindibile, un modo di essere. È la leadership di chi è convinto che la sicurezza nei sistemi complessi sia una questione altrettanto complessa e possa nascere solo da strategie complesse, che vedono coinvolti tutti gli elementi del sistema, valorizzati nelle rispettive competenze, perché questo non-evento dinamico possa emergere dall'interazione virtuosa dei suoi componenti. È una leadership che ha capito che la sicurezza non si vede, non si installa né si misura, ma si promuove dall'interno.

5 Il benessere organizzativo

Altro tema collaterale, ma non meno importante, è quello del **benessere organizzativo** che, come noto, incide sull'efficacia del lavoro e, inevitabilmente, sulle cure e l'assistenza resa a pazienti.

Da questa consapevolezza sono nate alcune iniziative specifiche di ricerca in alcuni Dipartimenti e Servizi, anche oggetto di tesi di laurea. Inoltre, il tema è stato affrontato anche all'interno dello staff della Direzione Sanitaria ed eventi formativi specifici sono stati richiesti in maniera crescente sulle competenze non tecniche.

Presso il Dipartimento di Patologia Clinica dell'Azienda è stata realizzata un'interessante ricerca-azione, *Strumenti e risorse per migliorare il benessere organizzativo* (Modafferi et al. 2014), che ha visto coinvolti 76 operatori, i quali hanno compilato in modo volontario una batteria di questionari anonimi.

Le caratteristiche culturali e organizzative del lavoro acquistano crescente significatività per l'interpretazione del rapporto ambiente-individuo, nell'emergere delle criticità legate al **benessere organizzativo**, che maggiormente possono impattare sull'efficienza dei sistemi di cura moderni.

Oggi, di fronte alla crisi economica e sociale, occorre affrontare e analizzare le ricadute provocate sui sistemi sanitari e sui cittadini, sia in termini di equità che di umanizzazione delle cure in epoca di web society. In primis, agli operatori viene oggi chiesto di aumentare la qualità produttività, a fronte della contrazione delle risorse disponibili; essi hanno bisogno di motivazioni per fronteggiare quella che viene definita '**impotenza appresa**', ovvero la rassegnazione di chi subisce *spending review*, tagli di stipendi, riorganizzazioni aziendali e alla fine, assuefatto dal disagio, non è più capace di rialzarsi e dare il meglio, scappare dalla 'gabbia' della crisi anche quando tale gabbia inizia a riaprirsi (Bracco 2013). Va contrastato anche l'insorgere tra i lavoratori di cinismo organizzativo, conflitto e individualismo, frustrazione, disfattismo, impoverimento emotivo e relazionale, che compromettono ulteriormente la qualità del lavoro e la produttività, in un circolo vizioso senza uscita. Il malessere porta alla chiusura, al ritiro motivazionale, alla limitazione delle proprie attività a ciò che è obbligatorio fare, senza concedere nulla di più a un sistema che sembra mosso da logiche estranee alla persona, anche a scapito della sicurezza, fino all'evento avverso (Bracco 2013). Non è possibile promuovere la resilienza se prima non si ha cura del benessere delle persone.

6 La collaborazione resiliente

Negli ultimi anni, l'attenzione delle organizzazioni sanitarie si è spostata, dalla misurazione degli eventi avversi e dall'analisi delle cause che li hanno generati al fine di anticipare il rischio, all'analisi delle capacità dei sistemi complessi di far fronte all'evento avverso assorbendone le conseguenze in maniera da limitare i rischi (Hollnagel et al. 2008).

Uno dei concetti cardine della teoria delle organizzazioni ad alta affidabilità è quello della resilienza (Bracco 2013). Il termine deriva dal latino *resalio* e significa rimbalzare, è stato usato per descrivere le proprietà di un materiale di assorbire l'energia, quando sottoposto a una sollecitazione, e di riprendere la sua forma originaria.

Weick e Sutcliffe fanno riferimento alla capacità del sistema di recuperare la sua funzionalità dopo un evento avverso. La loro visione riprende sia la capacità di un sistema di recuperare la sua stabilità dopo una perturbazione in modo reattivo sia quella di anticipare eventi avversi futuri (Hollnagel, Woods, Leveson 2006). Ciò che accomuna reattività e proattività è il tipo di eventi, che sono in genere inattesi e quindi non facilmente prevedibili.

La resilienza non è una proprietà, quanto piuttosto una capacità di riconoscere quando il sistema sta andando troppo alla deriva, verso i margini oltre i quali emerge un incidente.

Si tratta, quindi, della capacità di monitorare e tenere traccia degli aggiustamenti, degli adattamenti locali, capendo come e quando possono portare a eventi avversi.

Il contesto sanitario è un contesto complesso: quotidianamente professionisti che appartengono a diversi profili professionali si relazionano con persone che portano bisogni più o meno complessi di salute, accompagnati da amici o parenti preoccupati. Il livello di ansia che si vive è altissimo.

L'agire dei professionisti non è il risultato di una sommatoria di azioni, ma di diversi contributi interconnessi in una prospettiva di corresponsabilità alla riuscita dell'esito finale di un problema di salute.

Pertanto, l'accento è posto sul valore e sul ruolo delle risorse umane, ovvero delle persone e delle loro azioni, del loro agire dentro l'organizzazione.

Nell'esperienza presentata da Stefano Tomelleri e Giovanna Artioli (2013), realizzata nell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma attraverso una ricerca-azione sviluppata nell'arco di quattro anni (dal 2009 al 2012), sono stati posti in evidenza la rilevanza delle variabili organizzative e relazionali sui processi di cura e il ruolo delle persone nelle organizzazioni dove è diffuso il preconcetto di considerare la medicina e l'atto di cura come essenzialmente tecnico.

La prospettiva in cui si è sviluppato il lavoro è quella di una collaborazione interdisciplinare che sa tener conto di diverse famiglie professiona-

li, guardando alla collaborazione come soluzione di problemi, attraverso decisioni e responsabilità condivise, coordinamento di azioni individuali e specialistiche per il raggiungimento degli obiettivi. Nel lavoro la collaborazione emerge come vera expertise, viene intesa come abilità sociale che richiede un suo immaginario e una ritualità che può andare dalle più semplici forme di cortesia ai modelli complessi di relazione, diplomazia e negoziazione finalizzati a obiettivi condivisi e basati sulla complementarietà dei punti di vista.

La collaborazione non può essere intesa come un diktat, ma il suo valore risiede nell'essere una proposta, un invito a scoprire e valorizzare le soluzioni inedite che i soggetti condividono.

Tuttavia la crescente complessità dei servizi sanitari e l'eterogeneità dei profili professionali impegnati a diverso titolo nei processi di cura hanno reso il tema della collaborazione intra e interprofessionale sempre più centrale nelle strategie di governance delle organizzazioni sanitarie.

La collaborazione deve diventare una proprietà dell'organizzazione, che ne permette il funzionamento, sebbene all'interno delle stesse mura possano persistere sacche di non collaborazione.

Il lavoro ha portato a individuare delle priorità tra le criticità e a progettare azioni di miglioramento, tenendo in considerazione le potenzialità del proprio contesto.

L'unica provvisoria conclusione degli autori è che dobbiamo cambiare il nostro punto di vista sulla collaborazione.

Il loro testo conclude che

in un momento storico come quello attuale, non possiamo considerare la collaborazione, nelle nostre organizzazioni (ma forse anche nei contesti sociali più ampi), semplicemente un accessorio. Non può essere lasciata 'alle migliori intenzioni' dei singoli e alle loro buone maniere, ma dobbiamo pensarla, progettarela e agirla come elemento essenziale per la tenuta di un'organizzazione (Tomelleri, Artioli 2013).

7 La valutazione dei primi risultati e le prospettive

Si può ritenere che la spendibilità operativa dell'esperienza realizzata fin qui nella ASL 2 Savonese si concretizzi nell'implementazione di un modello aziendale per la prevenzione e la gestione del rischio clinico, integrato con il Sistema Gestione Qualità e la gestione dei sinistri, che nell'arco degli ultimi due anni ha visto crescere la fiducia nel reporting da parte del personale, che sta attraversando un'epoca di profonda crisi. Il modello contrasta il sentimento di rassegnazione, ovvero di 'impotenza appresa' e interviene sul piano sistemico della interazione fra i componenti per sviluppare l'organizzazione resiliente.

Possiamo ritenere risultati significativi e misurabili i seguenti:

- incremento delle segnalazioni spontanee da 13 del 2009 a 130 del 2013; 85 nei primi sei mesi del 2014;
- in aggiunta agli 800 operatori formati con corso base gestione rischio tra il 2008 e il 2011, sono stati formati altri 190 direttori e coordinatori infermieristici/tecnici e altri con corso obbligatorio; 180 facilitatori afferenti a diverse professionalità in tutti i 13 dipartimenti sanitari;
- 20 cambiamenti effettuati/azioni di miglioramento (es. introduzione braccialetto, cambiamenti organizzativi vari, cartella clinica elettronica e integrazione applicativi, ecc.);
- attivazione di 15 gruppi di lavoro;
- documentazione prodotta o revisionata: 263 informative e consensi informati; 15 procedure/istruzioni/manuali cui implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali;
- 6 buone pratiche inviate all'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali). Ogni progetto viene monitorato con indicatori.

Pensiamo che i temi da approfondire nei prossimi anni siano questi: le competenze non tecniche, anche in collaborazione con l'Associazione Nazionale delle NTS (AINTS), che ha recentemente aperto una sezione in Liguria raccogliendo l'interesse di molti operatori e dirigenti del settore sanitario e non; il benessere organizzativo; l'analisi e le strategie di sviluppo dell'affidabilità organizzativa.

Bibliografia

- Bracco, F. (2013). *Promuovere la sicurezza: La gestione dei rischi nelle organizzazioni complesse*. Roma: Carocci editore.
- Dekker, S. (2012). *Sicurezza e pensiero sistemico: La gestione della sicurezza nelle organizzazioni di oggi richiede di passare dalla caccia alle componenti rotte alla comprensione dei sistemi complessi*. Milano: Hirelia Edizioni.
- Flinn, R.; O' Connor, P.; Crichton, M. (2008). *Safety at the Sharp End: A Guide to Non-technical Skills*. London: Ashgate.
- Hines, S.; Luna, K; Lofthus, J. et al. (2008). *Becoming a High Reliability Organization: Operational Advice for Hospital Leaders* [online]. Prepared by the Lewin Group under Contract No. 290-04-0011. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Disponibile all'indirizzo <http://archive.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/hroadvice/hroadvice.pdf> (2015-07-30).
- Ministero della Salute (2011). *Linee guida per gestire e comunicare gli eventi avversi in sanità*. Dipartimento della Qualità, Direzione Generale

- della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Ufficio III. Roma: s.n. Giugno.
- Modafferi, C.; Piccinno, T.; Bracco, F.; Chiorri, C. (2014). *Fostering Personal Resilience in Healthcare Workers: Efficacy and Profiles of Change*. Talk given at Cognitive Science Arena for beginners (Brixen, 28 February-1 March 2014).
- Nemeth, C.; Wears, R.; Wood, D.; Hollnagel, E.; Cook, R. (2008). «Minding the Gaps: Creating Resilience in Health Care». In: Henriksen, K; Battles, J.B.; Keyes, M.A.; Grady, M.L. (eds.), *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, vol. 3, *Performance and Tools*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality.
- Ovretveit, J. (2004). *The Leader's Role in Quality and Safety Improvement: A Review of Research and Guidance*. Karolinska Institute Medical Management Center and The Swedish Association of County Councils (Lanstingsförbundet). Stockholm: s.n.
- Ovretveit, J. (2006). *Quali interventi sono efficaci per migliorare la sicurezza dei pazienti? Una revisione della ricerca sulle prove di efficacia* [online]. Trad. di A. Gardini. S.l.: Karolinska Institutet, Centro per il Management sanitario. Disponibile all'indirizzo <http://buonepratiche.agenas.it/documents/Ovretveit2005it.pdf> (2015-07-30).
- Reason, J. (2010). *The Human Contribution: Errori, Incidenti e Recupero Eroici: Una nuova prospettiva su sicurezza e affidabilità nelle organizzazioni*. Milano: Hirelia Edizioni.
- Tomelleri, S.; Artioli, G. (a cura di) (2013). *Scoprire la collaborazione resiliente: Una ricerca-azione sulle relazioni interprofessionali in area sanitaria*. Milano: FrancoAngeli.
- Vincent, C. (2006). *Patient Safety*. Trad. di T. Bellandi, D. Pascu, G. Romano, R. Tartaglia. Roma: Esseditrice.
- Woods, D.D.; Dekker, S.; Cook, R.; Johannesen, L.; Starter, N. (2012). *Dietro l'errore umano: Comprendere i fattori per cui le persone compiono 'errori' consente di migliorare la sicurezza nelle organizzazioni*. Milano: Hirelia Edizioni.
- Zolli, A.; Healy, A.M. (2014). *Resilienza, la scienza di adattarsi ai cambiamenti*. Milano: Rizzoli

Quando la partecipazione promuove social innovation: il caso del Consejo de Salud catalano

Silvia Cervia (Università di Pisa, Italia)

Abstract Although the success of innovation relies on civic engagement and involvement in a vast array of interests, it is a long way from being clear what the best way to interest and entangle people is. Commencing with the community approach, a number of structural elements was identified, components able to make participation a growth driver for innovation and connected to two fundamental axes: the former is related to participation as a structured system, whereas the latter is linked to the rules that oversee the deliberative process. Through this key interpretation, the practices adopted by European countries in the healthcare sector have been analyzed and led to the identification of two main types of methods: those requiring the introduction of a stable participation and those relying on temporary processes. The analysis showed that each practice is adequate just for one of the two fundamental axes therefore completely inadequate for the other. The only exception is the Catalan Consejo de Salud.

Sommario 1. Introduzione. – 2. Il frame comunitario. – 2.1. Verso un 'sistema strutturato' di partecipazione. – 2.2. La decisione come esito del processo collaborativo. – 3. Esperienze a confronto. – 3.1. Le pratiche a elevata strutturazione procedurale. – 3.2. La partecipazione stabile dei cittadini nel processo di decision-making. – 4. Il modello catalano fondato sul Consejo de Salud.

Keywords Civic engagement. Community approach. Social innovation.

1 Introduzione

Fin dalle prime elaborazioni, le teorie sulla social innovation hanno prestato molta attenzione agli aspetti di carattere processuale, in quanto connessi con la qualità dell'innovazione proposta e il suo grado di legittimazione sociale, andando così a stabilire una stretta relazione con il civic engagement, gli approcci deliberativi e le metodologie partecipative. Non è un caso, quindi, che l'*Open book* dedicato alla social innovation sottolinei questa connessione, che sarà poi sviluppata e articolata nel prosieguo del testo, fin dalle prime pagine:

In most cases the success of the innovation will rest on the participation and involvement of a wide variety of interests [...]. In the case of the public sector, the engagement of the public in the formulation of policy is even more crucial because it is tied up with issues of trust, legitimacy and representation. This raises many questions about the nature and

form of participation, e.g. what is the best way to engage and involve people? (Murray, Caulier-Grice, Mulgan 2010, p. 30).

In questa prospettiva, la partecipazione va configurandosi come una preziosa alleata del percorso di innovazione in quanto consente, da un lato, di estendere la legittimazione a prendere parte al consesso decisionale, coinvolgendo nuovi attori tradizionalmente marginali o periferici – superando sia il concetto di rappresentanza politica che quello di rappresentatività statistica – e, dall’altro, di incidere sulle regole di composizione dei punti di vista e degli interessi legittimamente rappresentati al tavolo decisionale.

Nonostante la centralità di questa connessione e il proliferare di esperienze che vedono il coinvolgimento diretto di cittadini, user e stakeholder, non è, tuttavia, ancora possibile rintracciare un’interpretazione univoca su quali siano i caratteri concreti che le pratiche di partecipazione sono chiamate ad assumere per sostenere l’innovazione sociale. Infatti, nonostante i rimandi frequenti alla partecipazione – in ragione della sua pretesa capacità di favorire l’empowerment dei cittadini, della presunta connessione con approcci comunitari e con modalità decisionali nuove e fondate sul consenso – non è ancora chiaro come tradurre quelle indicazioni e auspici in pratiche concrete. Per quanto, infatti, tali connessioni esistano, sarebbe sbagliato, e anche pericoloso, considerarle intrinsecamente legate al concetto di partecipazione, che rimanda, invece, a un’area semantica ambigua e polimorfa (Cotta 1979; Arrigo 1987; Day 1997; Roberts 2004), e necessita, pertanto, di specifiche e chiarimenti capaci di orientare il coinvolgimento dei cittadini in una direzione piuttosto che in un’altra (Cervia 2014).

Il capitolo intende addentrarsi in questo percorso, utilizzando le connessioni evidenziate dalla letteratura sulla social innovation per sciogliere i nodi teorici e fornire indicazioni concrete sulla strada da percorrere. Ci addentreremo, quindi, lungo un sentiero ancora inesplorato, con l’obiettivo di individuare le caratteristiche fondamentali e distintive di pratiche di partecipazione al processo di elaborazione delle policy sanitarie atte a promuovere social innovation, per entrare poi nel merito dei risultati dell’analisi e illustrare le peculiarità del Consejo de Salud catalano e le ragioni che sottendono alla scelta di quel modello quale best practice europea.

2 Il frame comunitario

Le indicazioni utili ai fini del percorso di definizione del concetto di partecipazione quale pratica di innovazione sociale ruotano attorno all’approccio comunitario, ivi compreso il rimando all’empowerment e a nuove modalità decisionali, fondate sulla costruzione del consenso piuttosto che

sulla composizione negoziale degli interesse in campo. Queste indicazioni si iscrivono, infatti, all'interno di uno stesso modello interpretativo, la Community Health Governance – così definita dal Center for the Advancement of Collaborative Strategies in Health della New York Academy of Medicine – che contribuisce a fornire tanto una cornice concettuale unitaria quanto declinazioni stringenti dei riferimenti utilizzati a corollario del concetto di partecipazione.

L'approccio comunitario pone, infatti, l'accento su processi di apprendimento collettivo di carattere trasversale che, attraverso il coinvolgimento della comunità locale e delle strutture di sanità pubblica all'interno di percorsi di collaborazione, si propongono di individuare soluzioni alternative e di attivare risorse inedite per far fronte alle questioni sanitarie (anch'esse individuate attraverso processi collettivi e consensuali). La Community Health Governance si fonda su principi inclusivi, nei quali gli attori decisionali non sono più organi monocratici, affidati a 'saperi esperti', ma reti di stakeholder pubblici e privati che concorrono alla formulazione e implementazione delle politiche e necessitano per funzionare che tutti gli attori siano in grado di agire attivamente e consapevolmente il proprio ruolo. Da questo punto di vista, solo la partecipazione *comunitaria* ai processi di programmazione concertata dei servizi – secondo una logica di co-produzione delle politiche sociali che tenda a rafforzare la posizione del cittadino quale attore attivo della vita pubblica – può diventare un'occasione per ripensare il welfare state.

La letteratura sulla governance e, in particolar modo, le elaborazioni che si sviluppano a partire dal lavoro di Janet Newman, offrono un contributo fondamentale per comprendere cosa significhi riferirsi al *frame collaborativo* nella gestione di un network. Nel testo del 2001, infatti, l'Autrice introduce il concetto di gestione collaborativa del network, per identificare quelle strategie di governo fondate su partecipazione e processi di empowerment e di capacity building locale, e propone una definizione del concetto di partecipazione 'per differenza', sottolineandone le peculiarità rispetto a un altro principio che regola il coinvolgimento di cittadini e stakeholder: la *partnership*.

Infatti, secondo Newman (2001), quest'ultimo postulato è volto a garantire una maggiore trasparenza del processo di negoziazione e mediazione degli interessi particolari. I soggetti coinvolti sono selezionati in ragione della loro parzialità e specificità; questo vale sia nel caso che siano 'chiamati a partecipare' dall'Autorità Pubblica o che si siano auto-proposti. Attraverso la partecipazione, invece, ci si colloca all'interno di un meccanismo di tipo partecipativo-riflessivo e la cornice di riferimento rimanda alla democrazia partecipativa: l'obiettivo qui perseguito riguarda l'aumento della legittimità democratica della decisione adottata. In questo caso i cittadini sono chiamati a esercitare il proprio diritto di cittadinanza. Non si tratta di negoziare tra interessi individuali o di categoria, quanto

piuttosto di comporre assieme un quadro conoscitivo il più completo possibile per acquisire, sviluppare e far emergere una visione, una lettura, una posizione quanto più condivisa possibile.

L'elaborazione di Newman è stata ulteriormente affinata e precisata da Ansell e Gash, cui faremo riferimento, in quanto la loro elaborazione ha il merito di fornire una visione olistica delle implicazioni connesse al frame collaborativo, definito come quell'assetto di network in cui una o più agenzie pubbliche coinvolgono direttamente stakeholder privati, in un processo decisionale collettivo, orientato al consenso, e deliberativo, diretto all'implementazione di politiche pubbliche o alla gestione di programmi di intervento (2007).

2.1 Verso un 'sistema strutturato' di partecipazione

Il modello collaborativo implica l'iniziativa pubblica orientata ad allargare la base decisionale anche a soggetti privati. È interessante evidenziare come i due Autori non si limitino a prevedere il coinvolgimento dei portatori di interessi rilevanti, ma prevedano la partecipazione, accanto ai gruppi organizzati, anche di privati cittadini. L'approccio collaborativo si connota in ragione del disconoscimento del monopolio della rappresentanza degli interessi, da parte degli attori ammessi al tavolo del negoziato, in favore dell'inclusione di una gamma più variegata di soggetti, che non vengono ad essere connotati quali rappresentati esclusivi del settore di riferimento. Interessante è, inoltre, notare come il sistema di rappresentanza sia aperto anche alla partecipazione non solo di soggetti collettivi ma anche di cittadini *uti singuli* (Fung, Wright 2001). L'approccio in esame, infatti, si caratterizza per considerare quale obiettivo della partecipazione il coinvolgimento di quegli attori che sono solitamente ai margini della partecipazione politica e sociale, rifiutando di riconoscere nella rappresentanza mediata dalle associazioni una garanzia della rappresentatività del consesso (Allegretti 2008; Morlino 2003; Paci 2008).

In riferimento al grado di coinvolgimento all'interno del decision making, la definizione chiarisce che non può darsi processo collaborativo se il coinvolgimento è meramente consultivo: la collaborazione implica una comunicazione bidirezionale e deve promuovere un circuito di influenza reciproca tra le parti coinvolte. Un coinvolgimento di questo tipo è orientato a costruire una responsabilità condivisa tra i soggetti, anche qualora l'autorità ultima resti in capo all'ente pubblico, ed esige una collaborazione estesa a tutte le fasi del processo decisionale (Freeman 1997). Questo elemento consente di tematizzare un'ulteriore differenza tra partecipazione e partnership. Le partnership sono infatti orientate a realizzare un coordinamento tra le azioni dei diversi partecipanti al network, non implicano e non necessitano di processi decisionali di tipo collettivo né tanto meno

collaborativo. Il contenuto della decisione può essere definito attraverso singoli accordi bilaterali o attraverso percorsi decisionali che si fondano sui rapporti di forza e sulle risorse messe a disposizione o potenzialmente attivabili dai singoli partner. Al contrario, l'approccio collaborativo si fonda sull'istituzionalizzazione di un processo decisionale collettivo (Rummary 2006).

Simili elaborazioni teoriche riconoscono una rilevanza centrale alla traduzione delle prassi e dei percorsi partecipativi in strutture decisionali formalizzate. Da questo punto di vista, la collaborazione dovrà tradursi in un 'sistema strutturato' di partecipazione (Padilla, Daigle 1998), nel quale le attività comuni sono sostenute attraverso la condivisione di risorse (Walter, Petr 2000).

Per quanto la pregressa storia di collaborazione o scontro tra i soggetti pubblici e privati di un determinato territorio rivesta un ruolo importante nel facilitare o disincentivare lo sviluppo di un approccio comunitario (Andranovich 1995; Gray 1989), il rispetto dei principi collaborativi, nella definizione del network, rappresenterebbe un potente veicolo di empowerment e di costruzione di capitale sociale e sarebbe, pertanto, in grado di esprimere effetti coesivi e di capacity building in qualsiasi contesto (Ansell, Gash 2007).

La legittimità e la forza vincolante della decisione assunta dal forum partecipativo, espressione del network, sono condizionate dal *grado di inclusività/rappresentatività* dei soggetti partecipanti. È quindi importante che le autorità pubbliche individuino dei metodi e delle strategie utili ad allargare la partecipazione a tutti, specialmente ai soggetti più deboli e svantaggiati, fino a ricomprendere i portatori dei punti di vista antagonisti. L'esclusione di questi ultimi, in particolare, rischia di delegittimare l'intero percorso e di decretarne il fallimento.

Tuttavia, si dovrà considerare come la composizione del panel non dipenda unicamente dall'autorità pubblica, ma necessiti di una libera e volontaria adesione dei soggetti privati; da questo punto di vista rileva quindi la motivazione a partecipare. La letteratura in materia ha evidenziato come le asimmetrie di potere rappresentino un potente fattore di rafforzamento dell'esclusione, spingendo i soggetti marginali a restare fuori dal network (Gray 1989), ma ha sottolineato anche l'importanza del ruolo delle aspettative dei soggetti privati rispetto alla capacità del sistema strutturato di partecipazione di avere un impatto effettivo sui contenuti delle politiche (Brown 2001),¹ efficacia che viene valutata anche in relazione alle risorse di tempo ed energie richieste per partecipare (Bradford 1998). Tale disponibilità risulta, inoltre, inversamente correlata alle alternative, a disposizione

1 Questa disponibilità diminuisce sensibilmente, per poi sparire nel momento in cui i soggetti del network percepiscono la loro partecipazione come una mera ritualità (Futrell 2003).

degli stessi soggetti, di influenzare la decisione finale; in presenza di tali possibilità i privati prediligono queste vie (attività di lobby, contatti preferenziali, ecc.; Khademian, Weber 1997) preferendo perseguire il/i proprio/i obiettivo/i al di fuori del processo collaborativo (Logsdon 1991).

2.2 La decisione come esito del processo collaborativo

Da un punto di vista procedurale, il principio della collaborazione prevede che i forum partecipativi siano orientati ad assumere delle decisioni fondate sul consenso tra i partecipanti (Connick, Innes 2003). Questo orientamento implica l'adozione di una specifica modalità di decision-making che, rispetto ad altre forme di composizione di interessi, si presta a individuare le aree di accordo. La composizione degli interessi operata attraverso la formula collaborativa, infatti, non assume gli interessi dei partecipanti come punto di partenza per una negoziazione distributiva o posizionale del tipo *winner-take-all* o comunque tale per cui i vincitori ottengono la soddisfazione di parte dei loro interessi a discapito di altri (Busenberg 1999), ma predilige tecniche orientate alla negoziazione integrativa o creativa, dove l'obiettivo è superare lo scontro fondato sugli interessi costituiti, per lavorare sui bisogni dei soggetti superando il *gioco a somma zero* in favore di un *gioco a somma positiva*, dove tutti riescono a ottenere qualche vantaggio (Sclavi, Susskind 2011). Questa è, infatti, la condizione indispensabile per poter raggiungere posizioni condivise. Perché questo sia possibile è importante che il processo decisionale consenta ai partecipanti di sviluppare una lettura e una visione comune (Ansell, Gash 2007).

Il *processo* che conduce alla decisione dovrà, quindi, configurarsi come ciclico, o riflessivo, nel senso che l'architettura della procedura decisionale deve consentire al network di apprendere dalle precedenti esperienze (Huxham 2003). Per questo, l'interazione faccia-a-faccia diventa una condizione necessaria, per quanto non sufficiente, in modo da favorire l'abbattimento delle barriere tra i diversi soggetti e facilitare il superamento dei pregiudizi reciproci (Ansell, Gash 2007). L'obiettivo intermedio del network deve essere quello di sviluppare relazioni di fiducia, senza le quali è molto difficile arrivare a una decisione consensuale. La convinzione da parte dei partecipanti che la collaborazione sia la strada migliore da intraprendere per ottenere la decisione più soddisfacente possibile condiziona l'impegno dei partecipanti nel processo, il sentimento di appartenenza e anche il senso di responsabilità di ciascuno in merito ai contenuti finali.

Per questo le istituzioni sono chiamate, oltre che a definire la struttura e l'architettura del network, a farsi carico del funzionamento e della corretta applicazione e rispetto dei principi e delle regole da lei stessa definite (Imperial 2005; Fung, Wright 2001). L'elemento critico per il successo dell'approccio collaborativo è rappresentato dalla gestione dei network e,

per questo, la letteratura tende a imputare in capo all'autorità pubblica la responsabilità di attribuire questa funzione a un mediatore (*facilitatore*) che, per poter assolvere ai propri compiti, deve essere collocato in una posizione di terzietà. A lui è affidato il rispetto delle regole processuali che rappresentano il fattore critico dell'intero assetto di governance. La sua funzione di garante e agente delle regole processuali favorisce un equo svolgimento del processo decisionale, evitando asimmetrie di potere e di informazione, che espongono il processo a utilizzi strumentali e manipolatori (Ansell, Gash 2007). La centralità di questa figura risulta inversamente proporzionale alla diffusione di un clima pregresso di collaborazione e di un elevato capitale sociale, a garanzia della trasparenza delle regole e delle informazioni, per facilitare il dialogo e sostenere processi di empowerment, in particolare dei soggetti più deboli presenti al tavolo.

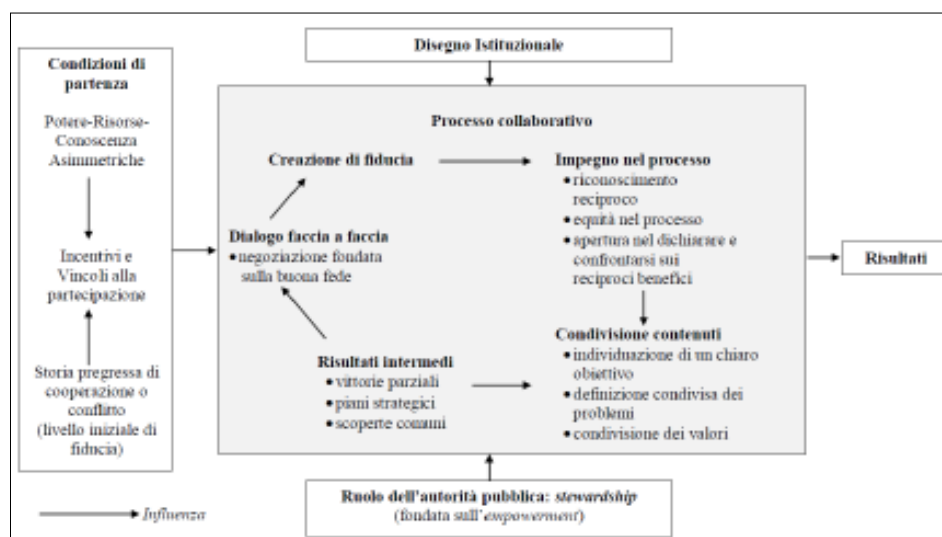


Figura 1. Modello di governance comunitaria (Ansell, Gash 2007).

Alla luce del *frame collaborativo*, quindi, possiamo riconoscere la centralità, da un lato, della trasposizione del percorso partecipativo in un assetto decisionale stabile, in grado di favorire l'empowerment di ciascun partecipante e del network, e, dall'altro, dell'attenzione alle regole e procedure che sovrintendono allo scambio interno alla rete e alle modalità di composizione dei punti di vista nella decisione finale. Perché la partecipazione possa definirsi comunitaria, e quindi capace di produrre social innovation, deve essere declinata in un disegno normativo-regolamentare che, in quel dato contesto, sia capace di tradurre in vincoli istituzionali le caratteristiche anche di tipo processuale appena ricordate.

3 Esperienze a confronto

Limitandoci a osservare le pratiche diffuse nel continente europeo, abbiamo potuto rilevare una pluralità di approcci molto diversi tra loro, che non sembrano, tuttavia, in grado di strutturare un sistema di partecipazione equilibrato, nel rispetto di entrambe le dimensioni appena ricordate.

L'individuazione delle caratteristiche connotanti l'approccio comunitario, ci ha consentito di categorizzare le pratiche europee in tre differenti idealtipi: nel primo tipo collochiamo le esperienze che prestano estrema attenzione al secondo aspetto e trascurano quasi del tutto il primo; nel secondo e terzo tipo confluiscono le pratiche che, al contrario, si focalizzano sul primo aspetto a discapito del secondo ma che, adottando due prospettive tra loro irriducibili, danno vita a idealtipi teorici distinti.

3.1 Le pratiche a elevata strutturazione procedurale

Il primo esempio di pratiche partecipative a elevata strutturazione procedurale è rappresentato dalle *citizens' juries* che, a partire dagli anni Novanta, hanno fatto la loro comparsa in Gran Bretagna, sulla scorta delle pratiche sviluppate degli Stati Uniti.²

Si tratta di esperienze pilota, la cui organizzazione è strettamente legata alla rilevanza e al grado di conflittualità sollevata dalla questione oggetto del processo. Tipicamente, quindi, affrontano questioni molto rilevanti e importanti. Pur occupandosi di tematiche centrali, le giurie di cittadini-svolgono un ruolo consultivo:

le conclusioni sono sistematizzate in un rapporto [...] consegnato all'autorità sanitaria committente. Le conclusioni includono raccomandazioni operative di cui i manager del distretto possono tener conto, anche se non sono vincolanti (Serapioni 2002).

Nonostante ciò, le raccomandazioni espresse dalle giurie sono spesso riuscite a influenzare i processi decisionali delle autorità sanitarie. Infatti, riducendo le asimmetrie informative tra i cittadini partecipanti e le autorità sanitarie (p. 229), sono state in grado di mettere i cittadini nella condizione di esprimere pareri informati e, quindi, pertinenti, che hanno trovato ascolto presso le istituzioni. I partecipanti alla giuria (di solito si tratta di un gruppo composto da 12/24 persone) vengono selezionati mediante una strategia di campionamento casuale stratificata, in modo da

² Per un inquadramento teorico dello strumento, nonché per alcune riflessioni sulle concrete esperienze di realizzazione di *citizens' juries*, rimandiamo al saggio dedicato da Rodolfo Lewanski all'applicazione di questo strumenti nel nostro Paese (Lewanski 2006).

costituire un microcosmo rappresentativo della popolazione di riferimento. Questo concetto di rappresentanza declinata in senso statistico attribuisce ai partecipanti una legittimazione individuale, in quanto si assume che la loro stessa presenza e partecipazione al processo decisionale costituisca una garanzia sufficiente dell'espressione del punto di vista del 'gruppo sociale' che rappresentano. L'elemento dell'extra-ordinarietà della loro convocazione, collegato all'eccezionale rilevanza e criticità dell'oggetto della discussione, rappresenta, però, anche il principale elemento di criticità in termini di controllo/trasparenza, in merito all'intero processo di decision-making pubblico. I giurati sono esposti a un grande flusso di informazioni attraverso una pluralità di canali (documentazione fornita dagli organizzatori, testimonianze delle parti interessate e/o di esperti), relativamente alla questione da affrontare, nonché a un processo dialogico orientato all'adozione di una risoluzione condivisa, che assume la forma di un 'verdetto' (Serapioni 2002).

La giuria di cittadini si riunisce, si informa e si confronta, fino ad arrivare a una decisione comune, secondo una procedura decisionale plasmata sul modello classico della giuria, e, per la durata del suo mandato, agisce con un elevato grado di indipendenza dall'autorità sanitaria committente.

I giurati possono contare su un circuito informativo mirato e aperto, supportato da elevate dotazioni di risorse economiche e umane, messe a disposizione dal committente. Si tratta di un investimento reso possibile dalla sua preventivabilità, in relazione alla predefinita durata dello svolgimento di una citizens' jury che si articola, tipicamente, in cinque giorni. Per quanto predefinito, si tratta tuttavia di un investimento significativo che sembra ostacolare l'estendibilità del metodo (Serapioni 2002). In riferimento alla dinamica partecipativa, questo tipo di metodologia garantisce un'elevata qualità di relazioni, che si sviluppano all'interno del consesso decisionale grazie all'elevata circolazione di dati e alla co-costruzione delle informazioni all'intero del consesso, in un ambiente orientato alla riduzione delle asimmetrie informative di partenza. Ancora una volta, però, tale beneficio rimane circoscritto alla sola cerchia dei giurati. Infatti l'assunzione del concetto di rappresentanza statistica annulla del tutto le possibilità che i membri della giuria possano svolgere qualsivoglia funzione – sia essa informativa, comunicativa o partecipativa – presso la comunità locale.

La partecipazione a elevata strutturazione procedurale ha visto, nel contesto francese, una specifica declinazione, che, pur prendendo le mosse dall'esperienza canadese delle *audience publiques* (Revel et al. 2006), si è andata progressivamente definendo come modello partecipativo a sé. Si tratta del *débat public* che è stato introdotto con la legge Barnier del 1994 (relativa alla protezione dell'ambiente), parzialmente modificata nel 2002 dalla legge n. 276 (relativa alla *démocratie de proximité*), come strategia per condividere con i cittadini residenti l'opportunità della realizzazione di una grande opera pubblica ed eventualmente anche la sua progettazione.

Con il tempo, l'applicazione di questo metodo è andata estendendosi ben oltre l'ambito della progettazione, arrivando a essere applicata nell'elaborazione di progetti di legge e utilizzata anche in ambito sanitario, sia a livello locale che nazionale.

Da un punto di vista formale quindi il *débat public* trova la propria legittimazione nella legge n. 276 del 2002 e nella previsione dell'estensione dell'applicazione di questo metodo al settore sanitario grazie alle leggi n. 806/2004 e n. 879/2009 che legittimano la Conférences Nationale de la Santé (CNS) e le Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) a proporre l'organizzazione di *débats publics* su temi legati alla salute, sia a livello nazionale che a livello regionale. Tuttavia nulla vieta che la stessa Commission Nationale du *Débat Public* o altre istituzioni nazionali e locali, ma persino sindacati e associazioni, possano proporre un dibattito su questioni sanitarie.³ Per loro stessa natura i *débat public* sono processi partecipativi ad hoc, che non danno vita a organismi o processi continuativi.

La natura e le radici storiche del metodo ne fanno uno strumento di informazione e di consultazione molto potente. Infatti, nonostante l'attribuzione formale di un ruolo meramente consultivo l'esperienza francese dei *débats* relativi alle grandi opere pubbliche ha dimostrato che sono spesso riusciti a influenzare in modo decisivo i contenuti della decisione politica. L'oggetto del dibattito può spaziare dalla fase preliminare del processo decisionale fino alla valutazione della qualità dei servizi ed è solitamente ben definito, in quanto si tratta di processi ad hoc, convocati per affrontare una specifica e delicata questione. Per questo il *débat public* è per questo preceduto da un'ampia e capillare campagna di informazione orientata a raggiungere e coinvolgere tutta la popolazione di riferimento, che può partecipare a titolo individuale o collettivo. Tuttavia il processo di auto-selezione determina spesso una iper-rappresentazione degli interessi e punti di vista precostituiti (Mouterde, Proult, Massot 2011). In ragione del carattere di sporadicità del *débat*, è importante che il processo partecipativo fornisca preliminarmente tutte le informazioni necessarie perché tutti i cittadini, partecipanti e non, possano seguire l'intero iter decisionale.

L'architettura partecipativa di questi percorsi è molto ben definita. Va tenuto presente che non si tratta di un processo deliberativo in senso stretto in quanto non ci si propone di giungere a una decisione comune o collettiva. Le regole di gestione sono però tutte orientate a garantire lo sviluppo dei due presupposti habermasiani di competenza ed equità. Pertanto, si tratta di processi che, a loro volta, necessitano di essere svolti

³ Per una ricognizione dettagliata dei dibattiti pubblici svoltisi in Francia in ambito sanitario rimandiamo al lavoro di Mouterde, Proult, Massot 2011.

in un contesto neutro, che garantisca la libera espressione di tutti i punti di vista e ostacoli eventuali meccanismi distorsivi. È, infatti, richiesta la

«présence d'un comité de pilotage, d'un garant, d'un comité scientifique...; indépendance de l'autorité organisatrice, gel des décisions publiques pendant la durée du débat» (Mouterde, Proult, Massot 2011, p. 68).

Tuttavia, la pratica sviluppata in ambito sanitario dimostra come questo requisito sia, troppo spesso, disatteso dalle esperienze concretamente realizzate (Mouterde, Proult, Massot 2011). L'elevato grado di formalizzazione della procedura e del metodo consentono una chiara individuazione delle risorse necessarie per la sua realizzazione che viene avviata solo in presenza di dotazioni (economiche e non) sufficienti. Come abbiamo detto, non si tratta di contesti decisionali e non è quindi prevista alcuna modalità di assunzione della decisione comune, mentre è già sufficientemente chiaro, da quanto abbiamo detto, che ciascun partecipante è stimolato a esprimere il suo specifico punto di vista, sia esso individuale o espressione di una soggettività più ampia. Pertanto, nonostante la qualifica attribuita al *débat public* dallo stesso ordinamento francese che, disciplinandolo all'interno degli strumenti di *démocratie de proximité*, gli riconosce una valenza di democratizzazione, è evidente che si tratta di uno strumento capace di aumentare la razionalizzazione delle scelte pubbliche, offrendo una occasione concreta di confronto con gli interessi costituiti e quindi la possibilità per le istituzioni di compiere una scelta che tenga in considerazione anche questi elementi.

Nonostante le esperienze realizzate in Francia siano ormai numerose, la loro percezione da parte della popolazione rimane molto scarsa e il settore sanitario continua a essere percepito come un ambito di competenza dei saperi esperti, rispetto ai quali ci si riserva il potere di adire le autorità giudiziarie in caso di contenzioso (Mouterde, Proult, Massot 2011).

3.2 La partecipazione stabile dei cittadini nel processo di decision-making

All'interno del secondo gruppo, è possibile individuare una forte discrasia tra la declinazione che il principio di partecipazione dei cittadini/utenti ha avuto nei Paesi di matrice *bismarkiana* rispetto a quelli di matrice *beveridgiana*. Nei primi, infatti, l'interpretazione si fonda sull'approccio corporativo, piuttosto che collaborativo, per cui la voce di pazienti e utenti dei servizi sanitari si manifesta essenzialmente attraverso l'azione delle loro stesse organizzazioni, considerate attori legittimi del sistema di rappresentanza degli interessi e da questo incorporate. In questi Paesi predominano organismi di partecipazione che sono, in realtà, camere di concertazione tra portatori di interessi potenzialmente confliggenti, nelle quali le orga-

nizzazioni dei consumatori/pazienti fungono da contrappeso rispetto ai rappresentanti dei fornitori dei servizi e delle assicurazioni. Per questo, in Germania e Olanda, lo Stato si è fatto carico di sostenere la capacità di lobby di queste organizzazioni: nella prima includendo loro rappresentanti all'interno di alcuni organismi, tra i quali il più importante è senz'altro il Comitato Federale Congiunto (Gemeinsamer Bundesausschuss); nella seconda supportando direttamente l'organismo di coordinamento tra le organizzazioni, ovvero la Federazione Nazionale dei Pazienti e Consumatori (NPCF).

L'approccio corporativo rimane anche nel Paese che ha maggiormente ibridato la matrice bismarkiana, ovvero la Francia. Nonostante le riforme più recenti costruiscano un modello di partecipazione molto più articolato e strutturato rispetto ai due Paesi appena citati, quest'ultima è rimasta sostanzialmente ancorata alla matrice corporativa. Infatti all'interno delle già citate CRSA, i rappresentanti degli utenti dei servizi sanitari e socio-sanitari siedono accanto a quelli delle istituzioni locali, delle conferenze territoriali, dei partner sociali, degli attori della prevenzione e della formazione, dei fornitori dei servizi di salute e di soggetti esperti.

Dal punto di vista della social innovation, le perplessità maggiori circa l'idealtipo tipico dei Paesi di matrice bismarkiana riguardano l'acquisizione di un modello decisionale fondato sulla negoziazione, anziché sulla collaborazione. Da qui deriva l'identificazione della voce dell'utenza in quella dei gruppi organizzati e associazioni costituite. Tuttavia, si dovrà considerare criticamente anche l'assunzione di un peso e di una 'capacità contrattuale' simile tra tutti gli attori coinvolti nel processo di negoziazione degli interessi. Elemento, sul quale, negli ultimi anni si sta comunque cercando di intervenire, attraverso iniziative governative volte a colmare la profonda asimmetria di potere e di conoscenza che separa i rappresentanti degli utenti dagli altri attori in campo. L'istituzione di una unità di supporto in Germania e il sostegno pubblico al Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS) in Francia muovono certamente da questa consapevolezza. Entrambi, infatti, hanno il compito di formare e informare adeguatamente i rappresentati di utenti e consumatori perché possano svolgere più efficacemente il ruolo che sono chiamati a ricoprire. Nella stessa direzione può essere letta l'istituzione all'interno del CRSA francese di una commissione ad hoc dedicata ai diritti degli utenti e composta per la metà da rappresentanti di pazienti e consumatori.

Molto più vicino all'approccio collaborativo risulta essere il terzo idealtipo, di matrice britannica. In questo Paese, infatti, le istanze partecipative hanno condotto, fin dagli anni Settanta, all'istituzionalizzazione di organismi stabili di coinvolgimento dei cittadini utenti nel processo di decision-making sanitario (Community Health Council). Il nuovo secolo ha aperto la strada a un rinnovato interesse per questo tipo di soluzioni, al punto che, a partire dalla seconda metà del primo decennio, abbiamo assistito

alla completa revisione del sistema di partecipazione in Gran Bretagna (dove oggi esistono modelli differenti e indipendenti in ciascuna area del Paese: Scozia, Galles e Inghilterra) e all'introduzione di organismi stabili di partecipazione in Spagna, nelle Comunità Autonoma di Castilla-La Mancha e di Catalogna, e in Italia, dove, accanto all'esperienza dei Comitati Consultivi Misti dell'Emilia, dobbiamo ora annoverare anche la Toscana.

In questi casi, l'impostazione collaborativa emerge con chiarezza dalla comune istituzionalizzazione di processi partecipativi, la cui esistenza viene così sottratta alla disponibilità delle autorità competenti, dai dispositivi dedicati ad agganciare la rappresentatività dei partecipanti alla comunità locale, che garantisce una legittimazione a partecipare, tanto di tipo individuale che collettivo, nonché dalle previsioni orientate a blindare l'indipendenza di questi organismi dalle autorità sanitarie.

Decisamente poco coerenti con le possibilità di produrre social innovation sono l'attribuzione di una funzione consultiva pressoché esclusiva, così come la scarsità delle dotazioni, in termini di risorse umane (staff di supporto) ed economiche, sulle quali gli organismi stabili di partecipazione al processo di decision-making pubblico possono contare per espletare le loro funzioni, ma, soprattutto, l'assenza di strutturazione della procedura decisionale.

In generale, quindi, registriamo una biforcazione delle concrete strategie di coinvolgimento dei cittadini, nelle quali rimangono ben distinte le due linee di azione della potenzialità trasformativa insita nell'approccio collaborativo. In presenza di elevata strutturazione è penalizzato, per non dire dimenticato, l'aspetto procedurale, che è invece centrale nelle pratiche di impianto deliberativo che, d'altro canto, configurano momenti di coinvolgimento altamente strutturati ma circoscritti nel tempo e nello spazio. La ricognizione compiuta ha consentito di individuare un'unica, parziale, eccezione, rappresentata dal modello catalano che, pur non senza criticità, apre la strada alla possibilità di promuovere più stabilmente innovazione sociale, introducendo all'interno degli organismi stabili di partecipazione alcuni elementi connotanti le pratiche di tipo deliberativo.

4 Il modello catalano fondato sul Consejo de Salud

La riforma catalana del 2006 (decreto n. 38) ha riorganizzato l'intero assetto decisionale sanitario, secondo principi di inclusione e partecipazione. Con il decreto in questione, l'originario assetto della legge n. 15 del 9 luglio 1990,⁴ che fondava la partecipazione comunitaria sull'inclusione degli enti locali all'interno degli organi collegiali della struttura organizzativa della sanità catalana, è stato sostituito da un sistema di co-governo che coinvolge direttamente i cittadini, accanto all'amministrazione sanitaria e al governo locale.

Analizzando la struttura definita da questa riforma, non possiamo non sottolineare che il sistema di partecipazione è stato istituzionalizzato con la stessa norma che riorganizza l'intero assetto della governance della salute nella regione attraverso l'introduzione dei governi territoriali di salute (Gobiernos Territoriales de Salud GTS), quali consorzi di diritto pubblico istituiti tra gli enti locali e l'amministrazione sanitaria. A tali organismi viene attribuita la competenza di pianificare, programmare e valutare, attraverso *los pactos de salud*, il primo accesso, gli ospedali e l'integrazione socio-sanitaria. Tra gli organi statutari, accanto alla presidenza (nominata del Dipartimento di Salute), al consiglio di amministrazione (composto proporzionalmente dai rappresentanti degli enti locali e del Dipartimento di Salute), alla commissione consultiva di coordinamento dei gestori, è previsto anche un organismo di partecipazione comunitaria chiamato Consejo de Salud (art. 4). È interessante notare come la letteratura riconosca a questi nuovi organismi GTS una duplice legittimazione democratica:

el consejo rector es el órgano donde las entidades locales ostentan la representación de los ciudadanos del territorio de referencia del gobierno territorial de salud, a diferencia del consejo de salud, que se define como el órgano de participación de los ciudadanos a través de las entidades más representativas del tejido social del territorio. Mientras el primero responde al principio de la denominada democracia representativa, el segundo se basa en el principio de la democracia participativa. (Arenas, Teixidó 2010, p. 32).

Il consiglio di salute ha il compito di garantire che la voce delle persone colpite dalle decisioni assunte dall'amministrazione sia inclusa e considerata all'interno del processo decisionale pubblico. Questo presupposto si traduce nella possibilità per il consiglio di salute di svolgere una funzione,

4 In Spagna, il passaggio dal modello bismarkiano della Seguridad Social all'attuale modello di impostazione Beveridgiana, introdotto nel 1986 con la legge General de Sanidad n. 14 del 25 aprile (Aguilar Idáñez 2001), ha coinciso con l'avvio del processo di decentramento delle competenze relativamente alla politica sanitaria (conclusosi nel 2002).

all'interno del processo di decision-making pubblico, di tipo essenzialmente consultivo (elemento, questo, che abbiamo visto ricorrere in tutti gli altri casi di partecipazione dei cittadini). Si prevede, infatti, che il parere non vincolato del consiglio di salute sia obbligatorio in materia di promozione della salute e di servizi sociali, in riferimento all'impatto sulla popolazione, agli obiettivi sanitari e sociali, alla qualità dei servizi, alle priorità e al coordinamento delle risorse socio-sanitarie, alla mappatura dei bisogni, al piano strategico annuale e alla redazione del rapporto annuale. Il consiglio di salute ha, inoltre, il potere di chiedere formalmente l'inserimento nell'ordine del giorno del consiglio di amministrazione di specifici argomenti, ha il dovere di collaborare nella diffusione della conoscenza delle politiche di salute presso la cittadinanza, di realizzare, ove è il caso, altri processi partecipativi, nonché di costituirsi in commissioni o gruppi di lavoro per affrontare meglio gli argomenti di propria competenza (Pascual, Pascual, Torrents 2010) e la potestà di inoltrare proposte al consiglio di amministrazione, relativamente a obiettivi e funzioni del GTS (Esponera 2010).

Il decreto si limita a normare quest'ultimo potere lasciando così ampi margini di azione ai GTS, ai quali viene però imposto l'obbligo di formalizzare, attraverso un proprio regolamento interno, i casi nei quali i membri del consiglio di salute potranno prendere parte, con e senza diritto di voto, alle riunioni del consiglio di amministrazione. Si prevede comunque che dovranno essere realizzate almeno due riunioni congiunte all'anno, il cui ordine del giorno sarà definito dal presidente del GTS (Esponera 2010).

Non siamo in grado, a causa della breve vita dei GTS e della conseguente scarsità di letteratura, di valutare la portata concreta di questo disposto, che potrebbe configurare un ruolo molto più incisivo per i Consejo de Salud; tuttavia, per quanto possa risultare interessante, e forse anche decisivo, seguire la concreta declinazione della funzione e del ruolo attribuito alle riunioni congiunte, e all'interno di queste ai rappresentanti del Consejo de Salud, che potranno essere dotati o meno del diritto di voto, è per noi rilevante il fatto che questa parte non venga 'blindata' dalla legge, ma sia lasciata, a differenza del ruolo consultivo, alla discrezione dei singoli GTS.

In riferimento alla rappresentatività dei partecipanti e della legittimazione a partecipare, la normativa attribuisce a ciascun GTS il compito di definire i criteri per l'individuazione dei membri del proprio consiglio di salute, in modo che rappresentino la comunità territoriale di riferimento, sia attraverso la presenza di rappresentanti delle associazioni, sia tramite la partecipazione di privati cittadini. Con questo secondo criterio di legittimazione si è inteso bilanciare la partecipazione della parte attiva della popolazione, che si raggiunge tramite il criterio della rappresentanza di organizzazione e associazioni, attraverso criteri di territorialità e sociali (Arenas, Teixidó 2010). Per realizzare un simile obiettivo, che comporta la definizione di alcuni criteri guida capaci di garantire il rispetto delle

specificità territoriali, il Sistema Sanitario Catalano (CatSalut) si è dotato di uno strumento regolamentare con il quale sono stati definiti i principi di massima, lasciando ai singoli GTS la determinazione delle concrete strategie di implementazione. In riferimento alla composizione del consiglio di salute il *Reglamento de régimen interno del los consejos de salud*, del 2008, stabilisce che esso sia composto da un numero di membri pari a quello del consiglio di amministrazione e che debba necessariamente avere al proprio interno al massimo due rappresentanti sindacali e due rappresentanti datoriali, tre rappresentanti delle professioni sanitarie proposti dalle stesse professioni, sette rappresentanti al massimo di associazioni o federazioni di pazienti, famigliari di pazienti o utenti, che potranno essere integrati da rappresentanti di altre associazioni o gruppi, interessati a far parte del consiglio e sufficientemente significativi nel territorio, e da cittadini chiamati a rappresentare specifici gruppi sociali o culturali (art. 3).

La trasparenza dell'intero processo decisionale dovrebbe essere garantita dall'obbligo, statuito dal decreto (art. 4.2), di una stretta relazione tra consiglio di salute e consiglio di amministrazione, informata ai criteri di pubblicità e trasparenza. Prospettive interessanti si aprono a partire dalle affermazioni contenute nel Piano di Salute Catalano, che lascia intravedere la possibilità di un monitoraggio e di una valutazione partecipata, aperta a tutti i soggetti coinvolti nella definizione dei contenuti del piano. Il piano afferma, infatti, che:

no puede considerarse un plan cerrado, sino que debe ser medurado en sus cumplimientos y revisado anualmente en colaboración con los agentes, que habrán ayudado a diseñarlo participativamente (Generalitat de Catalunya 2010, p. 33).

Molto interessante, dal nostro punto di vista, risulta il testo del dettato in relazione alla dimensione procedurale che definisce tratti peculiari e del tutto caratteristici. In riferimento, infatti, al grado e al tipo di strutturazione della procedura decisionale ci si riferisce esplicitamente al modello deliberativo e consensuale (Pascual, Pascual, Torrents 2010), nel quale tutti i passaggi devono essere definiti chiaramente per garantire una partecipazione effettiva ed efficace:

El modelo de participación de los consejos de salud es una experiencia pionera dentro de los procesos de participación, porque a parte de tener rigor conceptual (definición, objetivos que persigue el modelo de participación a partir de los consejos de salud), también se está logrando un rigor metodológico que está llevando a una evolución de lo resultados muy satisfactoria (Pascual, Pascual, Torrents 2010, p. 90).

La nascita di un consiglio di salute segue, infatti, tappe precise. Si sviluppa, a partire da sessioni preliminari, orientate alla definizione del gruppo, seguite da fasi costitutive orientate a favorire la reciproca conoscenza tra i membri, per arrivare alla piena operatività solo dopo aver favorito il processo di acquisizione di consapevolezza delle risorse disponibili. La fase di operatività si caratterizza per la costruzione collettiva di un'analisi comune e condivisa della situazione, attraverso gruppi di lavoro e commissioni tematiche, che condurrà alla deliberazione, poi sottoposta al consiglio di amministrazione o analizzata congiuntamente durante le riunioni collettive (Pascual, Pascual, Torrents 2010, p. 90).

Per garantire il rispetto di questa metodologia è previsto che il consiglio di salute possa essere coadiuvato da un facilitatore (*dinamizador*), nominato per un periodo di almeno cinque anni e prorogabile nelle sue funzioni all'infinito, che dovrà gestire le riunioni in modo da favorire un Confronto Creativo, la partecipazione attiva di tutti - anche attraverso la predisposizione e la circolazione della documentazione necessaria perché i partecipanti possano essere preparati adeguatamente in merito all'oggetto in discussione - e dovrà coordinare l'azione dei diversi gruppi di lavoro, ecc. (art. 11).

La presenza di questa figura sembra garantire i partecipanti rispetto al grado di indipendenza assicurato al processo, nel valutare il quale si dovrà, tuttavia, fare i conti con un elemento ambivalente, ovvero l'attribuzione della presidenza del consiglio di salute al presidente della GTS, chiamato a presiedere anche il consiglio di amministrazione (Esponera 2010). Infatti, se, da un lato, tale previsione riconosce un ruolo importante al consiglio e gli garantisce un collegamento informato e autorevole in merito alle questioni via via affrontate dal consiglio di amministrazione, dall'altro, rischia di esporre il consiglio di salute a pericolose manipolazioni e strumentalizzazioni. Il rischio di questa seconda ipotesi viene in parte arginato sia dalla presenza della figura del *dinamizador*, chiamato a ricoprire un ruolo di terzietà e a svelare eventuali comportamenti poco trasparenti del presidente, sia dalla previsione di un obbligo di convocazione semestrale (art. 12), con cui si intende arginare il rischio che una così importante e autorevole presidenza ostacoli, più o meno intenzionalmente, l'attività del consiglio impedendo la regolarità delle riunioni.

Come abbiamo cercato di evidenziare, introducendo l'analisi del modello catalano attraverso una panoramica delle caratteristiche tipiche dei percorsi più o meno stabili di partecipazione, il disegno istituzionale delineato dalla Comunità Autonoma catalana con il decreto n. 38 del 2006 rappresenta un unicum nel panorama europeo. Per la prima volta, infatti, l'autorità pubblica ha dimostrato di occuparsi del processo di costruzione del punto di vista e del parere dell'organismo stabile di partecipazione, previsto dalla stessa riforma, facendosi carico di introdurre dispositivi orientati a disciplinare le fasi di costituzione di tali organismi e di dotarli

di figure terze (il *dinamizador*) quali manager e garanti del processo decisionale.

Si aprono nuovi scenari, densi di interessanti e innovative implicazioni, a maggior ragione se si considera come questo percorso sia andato a iscriversi in una congiuntura economica decisamente poco propizia. Gli anni più recenti sono stati caratterizzati, infatti, dal crescente impatto della crisi sul sistema sanitario spagnolo, che ha parzialmente sospeso l'operatività più tipica di questi organismi e catalizzato la loro attenzione sulle più ampie strategie di contenimento e sostenibilità del sistema. A oggi non sono affatto chiare le ricadute in termini di sostenibilità del modello all'interno di un processo di messa in discussione dell'intero assetto di gestione della salute pubblica, né è chiaro quale possa essere il contributo del Consejo de Salud come risorsa per affrontare il difficile momento, anche aprendo nuove prospettive e soluzioni, potenzialmente innovative. Il momento sarebbe quanto mai propizio per verificare le potenzialità trasformative agite da una così originale architettura partecipativa sia in relazione alle comunità locali che ai governi territoriali di salute.

Bibliografia

- Allegretti, U. (2008). «Democrazia partecipativa e processi di democratizzazione». *Democrazia e diritto*, 2, pp. 175-217.
- Andranovich, G. (1995). «Achieving Consensus in Public Decision Making: Applying Interest-based Problem Solving to The Challenges Intergovernmental Collaboration». *Journal of Applied Behavioural Science*, 31, pp. 429-445.
- Ansell, C.; Gash, A. (2007). «Collaborative Governance in Theory and Practice». *Journal of Public Administration and Theory*, 13, pp. 1-29.
- Arenas, J.; Teixidó, V. (2010). «Los gobiernos territoriales de salud: Conceptos y organización». In: *Los gobiernos territoriales de salud, un modelo de proximidad*. Barcelona: Elite Grafic 2000, pp. 55-76.
- Arrigo, G. (1987). «Partecipazione». In: Zaccaria, G. (a cura di), *Lessico della Politica*. Roma: Edizioni Lavoro.
- Brown, I. (2001). «Involving The Public in General Practice in An Urban District: Levels and Type of Activity and Perceptions of Obstacles». *Health and Social Care in the Community*, 8 (4), pp. 251-259.
- Busenberg, G. (1999). «Collaborative and adversarial analysis in environmental policy». *Policy Sciences*, 32, pp. 1-11.
- Cervia, S. (2014). *La partecipazione dei cittadini in Sanità*. Milano: FrancoAngeli.
- Connick, S.; Innes, J.E. (2003). «Outcomes of Collaborative Water Policy Making: Applying Complexity Thinking to Evaluation». *Journal of Environmental Planning and Management*, 46 (2), pp. 177-197.

- Cotta, M. (1979). «Il concetto di partecipazione politica: linee di inquadramento teorico». *Rivista Italiana di Scienza Politica*, 9 (2), pp. 193-227.
- Day, D. (1997). «Citizen Participation in The Planning Process: An Essentially Contested Concept?». *Journal of Planning Literature*, 11 (3), pp. 421-434.
- Esponera, E. (2010). «El marco jurídico de los gobiernos territoriales de salud». In: *Los gobiernos territoriales de salud, un modelo de proximidad*. Barcelona: Elite Grafic 2000, pp. 25-39.
- Freeman, J. (1997). «Collaborative Governance in The Administrative State». *UCLA (University of California, Los Angeles) Law Review*, 45, pp. 1-98.
- Fung, A.; Wright, E.O. (2001). «Deepening Democracy: Innovations in Empowered Participatory Governance». *Politics & Society*, 29, pp. 5-41.
- Futrell, R. (2003). «Technical Adversarialism and Participatory Collaboration in the US Chemical Weapons Disposal Program». *Science, Technology & Human Values*, 28, pp. 451-82.
- Generalitat de Catalunya (2010). *Plan de salud de Cataluña en el horizonte 2010: Los cinco ejes estratégicos que articulan las políticas de salud* [online]. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departamento de Salud. Disponibile all'indirizzo http://www.20.gencat.cat/docs/salut/Home/El%20Departament/Pla_de_Sa-lut_2011_2015/documents/arxius/plan%20de%20salud%20Catalunya_es.pdf (2012-09-20).
- Gray, B. (1989). *Collaborating: Finding Common Ground for Multi-party Problems*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Huxham, C. (2003). «Theorizing Collaboration Practice». *Public Management Review*, 5, pp. 401-423.
- Imperial, M. (2005). «Using Collaboration as A Governance Strategy: Lessons from Six Watershed Management Programs». *Administration & Society*, 37, pp. 281-320.
- Khademian, A.; Weber, E. (1997). «From Agitation to Collaboration: Clearing The Air Through Negotiation». *Public Administration Review*, 57 (5), pp. 396-410.
- Lewanski, R. (2006). «Le 'giurie di cittadini': le prime sperimentazioni in Italia». In: Blanchetti, E.; Conti, E. (a cura di), *NimbyForum 05/06, Infrastrutture, Energia, rifiuti: L'Italia dei sì e l'Italia dei no*, 2a ed. Milano: ARIS, pp. 70-80.
- Logsdon, J. (1991). «Interests and Interdependence in The Formation of Social Problem-solving Collaborations». *Journal of Applied Behavioral Science*, 27, pp. 23-37.
- Morlino, L. (2003). *Democrazie e democratizzazioni*. Bologna: il Mulino.
- Mouterde, F.; Prout, E.; Massot, C. (2011). *Étude sur les modes de participation des usagers citoyens à la prise de décision en santé, deuxième partie*. Paris: Planète Publique.

- Murray, R.; Caulier-Grice, J.; Mulgan, G. (2010). *The Open Book of Social Innovation*. The Young Foundation.
- Newman, J. (2001). *Modernizing Governance: New Labour, Policy and Society*. London: Sage.
- Paci, M. (2008). *Welfare locale e democrazia partecipativa*. Bologna: il Mulino.
- Padilla, Y.C.; Daigle, L.E. (1998). «Inter-agency Collaboration in An International Setting». *Administration in Social Work*, 22 (1), pp. 65-81.
- Pascual, J.M.; Pascual J.; Torrents A. (2010). «La participación ciudadana: los consejos de salud, un instrumento de acción participativa». In: *Los gobiernos territoriales de salud, un modelo de proximidad*. Barcelona: Elite Grafic 2000, pp. 77-94.
- Revel, M.; Blatrix, C.; Blondiaux, L.; Fourniau, J.-M.; Dubreil, B.H., Lefebvre, R. (2006). *Le débat public: Une expérience française de démocratie participative*. Paris: La Decouverte.
- Roberts, N. (2004). «Public Deliberation in An Age of Direct Citizen Participation». *American Review of Public Administration*, 34 (4), pp. 315-353.
- Rummery, K. (2006). «Partnerships and Collaborative Governance in Welfare: The Citizenship Challenge». *Social Policy & Society*, 5, pp. 293-303.
- Scalvi, M.; Susskind, L.E. (2011). *Confronto Creativo: Dal diritto di parola al diritto di essere ascoltati*. Milano: Et al. Edizioni.
- Serapioni, M. (2002). «Forme innovative di partecipazione dei cittadini alla valutazione di qualità: Citizens' Juries e Comitati Consultivi Misti». In: Cipolla C.; Giarelli, G.; Altieri, L. (a cura di), *Valutare la qualità in sanità: Approcci, metodologie e strumenti*. Milano: FrancoAngeli. pp. 217-251.
- Walter, U.; Petr, C. (2000). «A Template for Family Centered Interagency Collaboration: Families in Society». *The Journal of Contemporary Human Services*, 81, pp. 494-503.

La prospettiva biopsicosociale nella rappresentazione dei medici di medicina generale di Roma

Cordella Barbara (Sapienza Università di Roma, Italia)

Greco Francesca (Sapienza Università di Roma, Italia)

Natalia De Nigris (Associazione Il sentiero dorato ONLUS)

Angelita Castellani (Istituto Nazionale di Statistica)

Abstract Nowadays, the opportunity to use the bio-psycho-social model in the primary care (PC) practice has been enhanced. According to literature, 84% of the ailments do not have an organic etiology and are often related to psychosocial problems (marital conflict, grief, etc.). The aim of the research is to explore the PC practitioners' perception of the bio-psycho-social model and the way it sets their professional practice. In order to actualize this investigation, it was set a purposive sample of PC practitioners of the NHS (National Health Service) of Rome (no. 29), who have been subjected to an open-question interview. The transcriptions undergo a text analysis to identify factors and clusters revealing participants' perception. The findings show how participants follow the diagnosis and treatment logic and assign minor relevance to the psychosocial aspects, at the most referring the chronic or psychiatric patient to a specialist. A change in the medical training program conveys the impression of being a useful strategy to promote the bio-psycho-social model.

Sommario 1. Introduzione. – 2. Metodologia. – 2.1. Il campione ragionato. 2.2. – Analisi dei dati. – 3. Risultati. – 4. Conclusioni.

Keywords Primary care practitioner. Bio-psycho-social model. Text analysis.

1 Introduzione

Il presente studio ha esplorato il modo in cui i medici di medicina generale si pongono nei confronti della prospettiva biopsicosociale e le modalità secondo le quali essa orienta la loro prassi professionale. Tale tematica assume particolare rilevanza se si considera l'attuale crisi economico/finanziaria europea, che porta a organizzare le politiche sanitarie in relazione alla necessità di assicurare, nel tempo, la sostenibilità del sistema, anche a fronte del crescente invecchiamento della popolazione e del conseguente aumento dell'autoinsufficienza a fronte di una rete di protezione familiare indebolita (Ardigò 2006).

In Italia e in Europa, la necessità di contenere i costi della spesa sanitaria, in costante aumento, sembra essersi focalizzata sulla possibilità di alleggerire il carico della sanità pubblica ricorrendo a quella integrativa. Tuttavia, tale strategia sembra non tenere conto del progressivo impo-

verimento della popolazione che ha comportato una crescente disparità nella possibilità di accesso ai servizi sanitari privati. La crisi economica e finanziaria italiana, cambiando le condizioni di vita delle famiglie (Ardigò 2006) e, di conseguenza, riducendo la possibilità di accesso a beni e servizi, ha, di fatto, incrementato l'esigenza delle prestazioni pubbliche e ridotto la possibilità di fare ricorso a una qualsivoglia forma di sanità integrativa. Il processo di cambiamento dei sistemi sanitari è sicuramente complesso e vede in specifiche realtà locali l'attuazione di sperimentazioni tese a trovare soluzioni innovative (Bertin, Cipolla 2013).

In questo panorama, alcuni autori (Solano 2011; Bersenson et al. 2011) sostengono che l'assunzione di una prospettiva biopsicosociale ridurrebbe la spesa sanitaria e favorirebbe la prevenzione primaria. Scrive, ad esempio, Solano che la prospettiva biopsicosociale, portata avanti presso gli studi dei medici di medicina generale, sarebbe particolarmente utile nelle situazioni

in cui non si sono organizzate malattie gravi e croniche sul piano somatico o organizzazioni intrapsichiche fortemente limitanti una realizzazione ottimale dell'individuo (p. 43)

poiché, in questi casi, la possibilità di dar senso alla sintomatologia proposta assumerebbe una funzione preventiva, favorendo una riduzione della spesa sanitaria.

Di contro, i detrattori del modello biopsicosociale, pur accettandone in linea di principio le premesse, ne contestano la difficile applicabilità in ambiti specifici e la finalità utopistica, poiché lo stato di salute, essendo un diritto di tutti i cittadini, dovrebbe essere garantito. A fronte dell'impossibilità di fornire tale garanzia, il modello viene considerato più come un insieme di principi a cui tendere che come un modello da applicare (Grasso, Stampa 2014).

Di fatto, attualmente, si assiste al prevalere del modello biomedico che riconduce il mantenimento dello stato di salute alla sola dimensione biologica. In questa prospettiva, il sapere specialistico e l'innovazione tecnologica sembrano occupare un posto preminente, misconoscendo l'utilità di restituire al malato la capacità di fare fronte alla morte, alla malattia e al dolore sviluppandone l'empowerment (Illich 2003). Il numero delle specializzazioni cresce e ci si focalizza sempre di più, oggettivando il paziente, sul rilevamento di aspetti specifici degli stati patologici, grazie anche alle innovazioni tecnologiche nel campo della diagnosi, dell'intervento medico-chirurgico e farmacologico. La presenza di questa parcellizzazione delle competenze vede nella medicina generalista un perno del sistema sanitario, a cui viene affidato il compito di interconnettere le diverse branche, al fine di garantire e mantenere una visione integrata e olistica della salute e dei processi di cura, sia delle singole persone sia delle comunità a cui esse afferiscono.

Nello schema del Piano Sanitario Nazionale 2011-2013, infatti, viene attribuita centralità alle strutture territoriali e alle cure primarie a cui si affidano numerosi e importanti obiettivi. Il principale è quello di promuovere il benessere e affrontare i problemi di salute nella comunità incoraggiando le persone ad aumentare la capacità di realizzare e mantenere uno stato di benessere fisico, mentale e sociale. Un altro obiettivo strategico è quello di prendere in carico i pazienti in modo globale. Così, il medico di medicina generale (MMG), dovrebbe assumersi la responsabilità della salute dei pazienti e delle loro famiglie nella loro complessità, integrando le dimensioni biologica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale, garantendo la continuità temporale. Questa prospettiva è rintracciabile nella legge 189/12 che istituisce la creazione delle case della salute, le quali, secondo Bertin (2015), perseguono l'obiettivo di incrementare l'empowerment della persona che si rivolge al Sistema Sanitario, concependo quest'ultimo non come una rete, ma come un sistema integrato delle diverse professionalità.

In ambito internazionale già da diversi anni si sostiene l'opportunità di utilizzare il modello biopsicosociale nella prassi della medicina generale (ad esempio, Skillings, Murdoch, Porcerelli 2010; Miller, Mendenhall, Malik 2009; McDaniel, LeRoux 2007; Rozensky 2006; James 2006; Bray 2004), anche perché, secondo alcune stime realizzate negli Stati Uniti, l'84% dei casi di disagio che si presentano alla medicina generale non ha una eziologia organica (Kroenke, Mangelsdorff 1989) e il 70% dei disagi sono relativi a problemi di carattere psicosociale (conflitti coniugali, lutti, ecc.) (Gatchel, Oordt 2003).

In questa prospettiva, è possibile rintracciare articoli nei quali si esplorano il ruolo che, ad esempio, gli psicologi potrebbero assumere nella medicina generale (Nash et al. 2012), l'utilità di una formazione specialistica nel settore specifico (Kaslow, Graves, Smith 2012) e il modello di formazione interdisciplinare realizzato già da diversi anni presso la Eastern Virginia Medical School (Cubic et al. 2012).

L'accento posto sulla necessità di pensare a una formazione interdisciplinare deriva da alcune evidenze: i medici sono, di fatto, formati per intervenire solo su una parte delle richieste che giungono loro dal territorio e gli psicologi, d'altro canto, ricevono una formazione inadeguata per collaborare con la medicina generale, poiché troppo spesso sono orientati a intervenire solo attraverso la psicoterapia o la valutazione psicodiagnostica.

L'attenzione per questo tema, in Italia, è sostenuta dalla scuola di Specializzazione in Psicologia della Salute dell'Università Sapienza di Roma, in particolare dal professor Solano che, sin dal 2000, conduce una sperimentazione nel corso della quale, per un giorno a settimana, si realizza l'affiancamento di un medico di medicina generale a uno specializzando della scuola. In una recente pubblicazione (Solano 2011) si sottolinea come l'affiancamento dei due professionisti abbia lo scopo di costruire e

sperimentare un'operatività capace di cogliere quella dimensione psicosomatica che sottende ogni richiesta di intervento e risulta particolarmente utile per la prevenzione. La possibilità di intervenire precocemente sul disagio espresso dalla popolazione permetterebbe di realizzare un duplice obiettivo: effettuare interventi in grado di soddisfare la domanda di salute ed evitare la dispersione di risorse economiche e finanziarie. In questa direzione sembra cogliersi un aspetto di quanto auspicato da Barroso (2011), secondo il quale l'innovazione sociale sta nella possibilità di intercettare i bisogni sociali insoddisfatti, trovando una soluzione per questi ultimi.

Intorno a questo tema sembra evidenziarsi una convergenza di tutta la letteratura consultata, anche se divergono le soluzioni adottate e non sono stati prodotti dati univoci su quale soluzione sia da preferire. Alla base di queste divergenze si riscontrano modi diversi di intendere la realizzazione della prospettiva biopsicosociale. Essa infatti può essere assunta come capacità di connessione tra branche specialistiche, da realizzarsi a valle del processo diagnostico operato dal MMG, o come un nuovo modo di intendere questo processo, che richiede la presenza di più professionisti sin dalle prime fasi di intervento. È indubbio che la prima ipotesi sia la più diffusa, mentre la seconda richiede una revisione del modello operativo, possibile, a nostro avviso, solo se si riconosce la parzialità di ogni branca della conoscenza e la conseguente necessità di un'integrazione.

Esistono le condizioni per una revisione del modello operativo, così come la sperimentazione del prof. Solano lascerebbe auspicare? Per rispondere a questa domanda, la presente ricerca ha inteso esplorare la rappresentazione della prospettiva biopsicosociale espressa dai MMG presenti nel Comune di Roma.

2 Metodologia

Al fine di studiare in che modo i MMG rappresentano il modello biopsicosociale, si è fatto ricorso a una metodologia di analisi statistica di dati testuali (Cipriani, Bolasco 1995). Tale scelta metodologica assume significato se si considera la prospettiva assunta. Chi scrive si colloca entro una prospettiva di matrice socio-costruttivista a orientamento psicodinamico, che interpreta il comportamento degli attori sociali come il prodotto dei processi di categorizzazione conscia e inconscia della realtà, processi socialmente condivisi e costruiti. Secondo questa prospettiva, il comportamento, le aspettative, gli atteggiamenti, così come le narrazioni sono il prodotto delle rappresentazioni sociali (1989), che sono generate da processi inconsci socialmente condivisi (Carli 1990). L'analisi delle narrazioni, quindi, consentendo di esplorare le categorie inconsce di significazione delle realtà (Freda 2008) e le rappresentazioni che ne derivano, favoriscono la comprensione dei comportamenti che organizzano le

interazioni entro uno specifico contesto sociale. In tal senso, il modo con cui i MMG rappresentano il modello biopsicosociale orienta la loro prassi professionale.

Poiché i processi sociali inconsci influenzano le modalità con cui gli attori sociali rappresentano la realtà e la narrano, il processo di elaborazione dati, che qui proponiamo, ha come obiettivo principale la comprensione di *come* si organizza la narrazione, lasciando sullo sfondo il *che cosa* si narra. In tal senso, si assume che, se la dimensione conscia organizza la sequenza delle parole in modo da essere comprensibile, quella inconscia influenza la scelta delle parole utilizzate per rappresentare l'oggetto. Pertanto, se attraverso l'analisi del contenuto manifesto è possibile individuare le tematiche attraverso le quali si organizza la comunicazione, l'analisi di quali parole che co-occorrono nel testo, in assenza dei nessi logici della comunicazione, consente di fare delle ipotesi relative alle categorie inconscie di interpretazione della realtà e alle rappresentazioni generatrici delle interazioni dei MMG entro il contesto sanitario.

2.1 Il campione ragionato

È stato costruito un campione ragionato (n=29) in base al genere e alla collocazione sul territorio di medici operanti nelle ASL del Comune di Roma. I medici di medicina generale da contattare sono stati selezionati dalle liste presenti sul sito della Regione Lazio.

Ai partecipanti è stata inviata una lettera di presentazione dello studio e successivamente gli stessi sono stati contattati telefonicamente per concordare un appuntamento.

Come strumento di raccolta dati è stata utilizzata un'intervista in profondità, attraverso una sola domanda aperta, in modo di stimolare il parlante a esprimere liberamente i propri pensieri in relazione al tema dell'intervento biopsicosociale nella propria esperienza professionale. Ai partecipanti è stato chiesto, inoltre, di compilare una scheda per la raccolta di alcune informazioni utili alla comprensione delle caratteristiche del campione selezionato (tab. 1).

Tabella 1. Caratteristiche del campione

Partecipanti	n=29
Genere:	
Maschi	n= 16 (55%)
Femmine	n= 13 (45%)
Collocazione territoriale	
Centro di Roma	n= 14 (50% femmine, 50% maschi)
Periferia si Roma	n= 15 (40% femmine, 60% maschi)
Età	m= 57 sd= 7,2
Anni di servizio	m= 23 sd= 11,4
Numero degli assistiti	m= 1139 sd= 419,7
Specializzazione in altre branche mediche	
Si	69%
No	31%
Status socio economico degli assistiti	
Basso	24%
Medio	62%
Alto	14%

Al momento dell'intervista, i partecipanti sono stati nuovamente informati sugli scopi della ricerca ed è stato raccolto il loro consenso informato.

2.2 Analisi dei dati

Le interviste realizzate sono state audio registrate e integralmente trascritte; i testi sono stati raccolti in un unico corpus (tab. 2), che è stato sottoposto ad analisi testuale attraverso lo strumento T-Lab (Lancia 2012) al fine di individuare fattori e cluster indicativi delle rappresentazioni degli intervistati. Il programma realizza un'analisi dei cluster con un algoritmo bisecting K-Means, limitato a 10 partizioni (si escludono tutti quei contesti elementari che non presentano almeno 2 co-occorrenze), e un'analisi delle corrispondenze sulla matrice unità lessicali per cluster. Questa procedura consente di costruire una mappatura dei contenuti del corpus in funzione della co-occorrenza delle parole chiave selezionate. I cluster, pertanto, sono caratterizzati da insiemi di unità lessicali che condividono le stesse unità di contesto elementare (CE) (Greco, Ragusi 2012; Salvatore et al. 2012; Cordella, Greco, Raso 2014).

Tabella 2. Elementi rilevanti per l'elaborazione dei dati

Indici quantitativi del corpus	Polirematiche	Criteri di selezione parole chiave	
Testi	29 assistenza domiciliare	Soglia di frequenza superiore	89
Token	48397 case della salute	Soglia di frequenza inferiore	22
Type	5699 centro di igiene	Parole chiave	117
Hapax	3034 medicina di base	CE totali	977
TTR	0,12 medicina generale	CE in analisi	897
Hapax/Type	0,53 medico di base medico di famiglia sala d' aspetto	% CE in analisi	92%

Il processo di interpretazione dei dati è stato realizzato individualmente da quattro giudici. Inizialmente, si interpreta lo spazio fattoriale, quale organizzatore di categorie di senso (spazio culturale) entro le quali si collocano le tematiche portate dai cluster. A tale scopo, le parole che costituiscono gli assi fattoriali vengono considerate nel loro insieme, al fine di individuare la dimensione generale che le caratterizza e che si contrappone a quella della polarità opposta. Pertanto, il processo di interpretazione porta a individuare quella particolare dimensione di senso veicolata dall'asse, che si organizza attraverso due categorie contrapposte tra loro (i due poli del fattore).

Una volta definite le dimensioni che organizzano lo spazio *culturale*, i grafici relativi alla collocazione dei cluster nello spazio fattoriale consentono di costruire una matrice cluster per fattore in cui ogni cluster si colloca entro uno spazio definito dalle categorie esplicitate dagli assi fattoriali. Successivamente, in funzione della posizione occupata dal cluster entro lo spazio culturale e delle parole che caratterizzano i cluster, si individuano le tematiche caratterizzanti le rappresentazione del modello biopsicosociale.

3 Risultati

I risultati evidenziano 3 fattori rappresentativi delle categorie emozionali generative della rappresentazione dell'intervento biopsicosociale (tab. 3), entro il cui spazio si collocano i 4 cluster indicativi delle diverse tematiche caratterizzanti la rappresentazione dell'intervento.

Tabella 3. Sintesi dei fattori (elenco delle prime 13 unità lessicali ordinate per contributo assoluto e percentuale di inerzia spiegata dai fattori)

FATTORE 1 (39,43%) Intervento		FATTORE 2 (33,10%) Relazione		FATTORE 3 (27,47%) Focus	
Assistenza Polo Negativo	Terapia Polo Positivo	Invio Polo Negativo	Costruzione Polo Positivo	Patologia Polo Negativo	Cura Polo Positivo
casa struttura lavorare assist. dom. mettere livello insieme ASL economico sanità figli anziano territorio	farmaco prendere cercare aspetti terapia medicina gen. dipendere inviare diventare ripetere ambito possibile problematico	collegli bello lasciare guardare situazione risolvere servizio vita psichiatria funzionare euro ospedale servire	rapporto medico di fam. conoscere chiedere bisogno visitare fiducia malattia cominciare chiamare sentire realtà persona	patologia capire ricetta importante clinico medicina disagio affrontare particolare psicologo vivere psicoterapia CIM	medicina di base cura pensare tempo riuscire bisognare trovare ambulatorio figura entrare approccio esistere base
contributo assoluto da 6,94% a 1,28%	contributo assoluto da 4,03% a 1,13%	contributo assoluto da 1,92% a 0,12%	contributo assoluto da 6,19% a 1,84%	contributo assoluto da 4,82% a 0,29%	contributo assoluto da 13,19 a 0,16%

Dall'interpretazione dei fattori emerge che il modello biopsicosociale evoca una prima distinzione delle funzioni del medico: quella dell'*assistenza* (polo negativo) e quella dell'*intervento* (polo positivo). Tale dimensione spiega il 40% della variabilità del testo, vale a dire quella principale. I partecipanti sembrano così sottolineare che secondo un primo aspetto (polo positivo) la propria prassi professionale si declina attraverso una dimensione attiva volta a contrastare la malattia, dove al paziente viene chiesto di essere ubbidiente rispetto a quanto prescritto, vale a dire di seguire la terapia farmacologica o di accettare di essere inviato ad altri specialisti per risolvere il problema. Si distingue da questo aspetto della prassi quello dell'assistenza (polo negativo), dove il focus è sulla presa in cura: la relazione tra il medico e il paziente appare più simmetrica e si

sottolinea la necessità di interagire con i diversi attori sociali per costruire una rete capace di fornire assistenza. Questo primo fattore sembra così evidenziare due modi diversi di guardare all'oggetto (il male o la persona), che organizzano una diversa relazione di potere (asimmetrica e simmetrica) e una diversa modalità di intervento (fronteggiare il male o assistere la persona).

La figura 1 mostra lo spazio fattoriale così come è organizzato anche dagli altri due fattori, il secondo e il terzo, che spiegano rispettivamente il 33% e il 27% della variabilità del testo. È interessante notare come il primo fattore distingue in due gruppi i cluster: il secondo e il quarto sul polo dell'assistenza e il primo e il terzo su quello dell'intervento. Tale configurazione evidenzia come il secondo fattore proponga categorie di lettura solo per la polarità dell'assistenza così come il terzo solo per quella dell'intervento. Pertanto, questi due aspetti della funzione del medico non sono mai integrati.

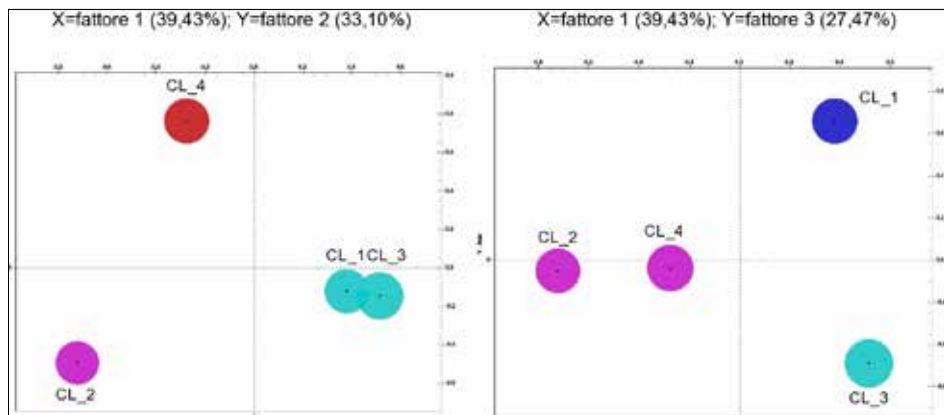


Figura 1. Disposizione dei quattro cluster nello spazio fattoriale

Il secondo fattore declina la funzione di assistenza (polo negativo del fattore 1) attraverso due modalità: la costruzione della relazione di fiducia con il paziente (polo positivo), che viene assunta dal medico, e l'invio (polo negativo), che delega la presa in carico del paziente ad altri. L'assistenza viene così a configurare due aspetti del rapporto con il paziente. Quello di assunzione di un ruolo attivo caratteristico del medico di famiglia, che sottolinea l'importanza della costruzione di una relazione di fiducia entro la quale il paziente possa affidarsi al medico, dove la dimensione di cura della malattia non può prescindere dalla necessità di costruire un rapporto umano che consenta di capire le persone e i loro bisogni. Tale compito è assunto dal medico: egli si attribuisce la responsabilità di attuare tutte le azioni necessarie al raggiungimento di questo obiettivo chiedendo,

ascoltando, visitando e anche contattando telefonicamente il paziente, se necessario.

L'invio, al contrario, sembra sottolineare la delega, vale a dire la necessità di lasciare ad altri colleghi (l'ospedale, lo psichiatra, ecc.) 'l'onere e l'onore' della risoluzione del problema, dove l'assistenza viene affidata ad altri, restando in una posizione di attesa e monitorando la situazione. In tal senso sembra che la dimensione dell'assistenza sia declinata in due modi: una assunta, tesa alla costruzione del rapporto di fiducia, in cui è il paziente a fidarsi del medico, ed una delegata, in cui è il medico a fidarsi dei colleghi.

Il terzo fattore, invece, guarda all'oggetto dell'intervento (polo positivo del fattore 1) focalizzando l'attenzione su due diversi aspetti: quello diretto ad affrontare la patologia (polo negativo), che porta a svolgere attività tese a intervenire sul disagio del paziente, e quello volto a curare (polo positivo), che guarda al contesto in cui la cura si svolge. Se l'intervento sulla patologia sembra essere simbolizzato come elemento importante, capace di offrire al MMG un gratificante riconoscimento sociale da parte del contesto, quello di cura sembra rimandare al difficile riconoscimento sociale della complessa funzione che il MMG svolge nell'integrare le diverse discipline medico specialistiche per avere una comprensione globale, e non parcellizzata, della malattia. Questo aspetto, in opposizione a quello dell'intervento sulla patologia, sembra essere simbolizzato dal contesto come elemento di 'base opposta al vertice', come a dire che tanta difficile complessità non sembra offrire un gratificante riconoscimento sociale, ma sembra essere ricondotta a qualcosa di poco rilevante, di semplice e basilare, quindi misconosciuta e svalutata. Tale aspetto viene efficacemente descritto in una poesia di Arnaldo Fusinato (2014) sul medico condotto, progenitore di quello di medicina generale:

Arte più misera, arte più rotta
Non c'è del medico che va in condotta.[...]
È senza tregua, senza respiro,
Come la posta sei sempre in giro. [...]
Se tu guarisci qualche ammalato
E' Maria Vergine che l'ha salvato;
Ma per disgrazia s'egli ti muore,
T'urlano dietro: - Can d'un dottore! (Fusinato 2014)

Il terzo fattore, pertanto, sembra sottolineare l'ambivalenza che caratterizza questa specifica figura professionale. Essa sembra muoversi tra il gratificante riconoscimento sociale della capacità medica di intervenire sulla patologia, non specifica del MMG, ma della medicina in generale, e il disconoscimento del difficile compito di raccordo e integrazione che fare

il medico di base richiede e che caratterizza e distingue tale professione dalle altre branche.

Entro questo spazio culturale organizzato dai tre fattori si collocano i quattro cluster, che evidenziano le tematiche caratterizzanti la rappresentazione dell'intervento biopsicosociale dei medici intervistati (tab. 4).

Tabella. 4. Sintesi dei cluster (elenco delle prime 15 unità lessicali ordinate per numero di contesti elementari – CE – nel cluster, la loro proporzione è indicata tra parentesi accanto al cluster)

CLUSTER 1 (24.53%)	CE in CL	Esempi di contesti elementari classificati
Cura		
Medicina Di Base	56	
Riuscire	54	«Fisicamente è impossibile, diventa difficilissimo: anche, se
Tempo	53	io vado in ospedale a parlare di un mio paziente vengo
Cura	48	molto spesso scartato [...]. Non ti dicono mai nulla, sono
Pensare	41	evasivi»;
Trovare	29	«Come? Con un po' di buon senso, un po' di esperienza,
Terapia	26	nessuno ci prepara a fare questo tipo di lavoro [...] io
Bisognare	23	penso di mettercela tutta per far sì che la mia visita sia
Persona	22	a 360 gradi, di sondare un po' tutti gli aspetti, tutte le
Figura	20	problematiche di quel soggetto»;
Ripetere	20	«Se io dentro il mio studio dedico tempo a certificati
Ambulatorio	15	e ricette e non ho il contatto con il paziente, il paziente
Tornare	14	vede il medico di base come un burocrate e non come un
Medicina generale	14	medico».
Ambito	12	
CLUSTER 2 (23,30%)	CE in CL	Esempi di contesti elementari classificati
Invio		
Casa	50	
Struttura	49	«Sul territorio purtroppo, siamo lasciati soli, questa è
Lavorare	39	una verità, perché le strutture sono quelle che sono, e
Mettere	37	sinceramente spesso malati un po' importanti come i
Colleghi	33	malati psichiatrici»;
Situazione	30	«Ci dovrebbero essere più strutture sul territorio per i
Psicologo	25	malati cronici, ci dovrebbero essere molte più strutture
Risolvere	23	che si occupino di sostenere le famiglie in situazioni
Bello	21	veramente molto critiche, invece non c'è niente, per cui le
Sanità	21	famiglie si devono tassare per badanti»;
Figli	21	«Diciamo che le banalità sono tra coniugi, genitori e figli,
Livello	20	però lì ce la vediamo noi, non è un problema, non abbiamo
Assistenza	19	bisogno di nessuno sinceramente, a meno che non hai
Domiciliare	18	situazioni gravi, allora c'è un adolescente grave, con
ASL	18	problemi di personalità».
Gente		

CLUSTER 3 (26,98%)	CE in CL	Esempi di contesti elementari classificati
Trattamento Farmacologico		
Cercare	57	«Ognuno di questi baderà alla sua branca, al suo problema e prescriverà dei farmaci se non c'è nessuno che coordina queste terapie noi ce lo ritroveremo avvelenato questo paziente»; «Dipende dal tipo di patologia, dipende dal tipo di cure, dipende da tanti fattori insomma. Non è che se c'è una malattia acuta in cui si può trattare con dei farmaci rapidamente...cioè gli aspetti sociali e psicologici secondo me vengono in secondo piano insomma»; «Il medico di base è il primo step, quindi deve essere bravo a capire il soggetto, capire la patologia se è una patologia veritiera o no, perché a noi ci capita di tutto ci capita la classica persona fobica che per qualsiasi cosa viene a studio».
Patologia	55	
Capire	50	
Aspetti	46	
Farmaco	44	
Prendere	44	
Dipendere	27	
Medicina	27	
Importante	26	
Diventare	25	
Possibile	25	
Disagio	22	
Problematico	21	
Discorso	20	
Caso	20	
CLUSTER 4 (25,20%)	CE in CL	Esempi di contesti elementari classificati
Relazione terapeutica		
Conoscere	44	«La mia esperienza è su un quartiere che conosco da circa 10 anni e in cui vivo quindi è una realtà che conosco bene, mi ritengo una persona fortunata perché in questa zona è possibile fare il medico di famiglia a tutto tondo»; «Non è che li mando via e passo all'altro, il resto tempo [...] cominciamo a parlare di donne, di sport, di calcio. [...] cominciamo a conoscerci vicendevolmente, riesco a capire che tipo di percorsi mentali fa quando sta male, che tipo di momento psicologico e sociale vive, se sta per essere licenziato»; «Il rapporto del medico non strettamente correlato alla malattia, [...] loro sentono molto questa visita domiciliare».
Bisogno	40	
Rapporto	39	
Chiedere	35	
Malattia	33	
Visitare	30	
Sentire	29	
Chiamare	28	
Persona	28	
Giorno	27	
Medico Di Famiglia	25	
Mandare	22	
Aiutare	22	
Migliorare	21	
Richiedere	18	

Il primo cluster si colloca nello spazio fattoriale caratterizzato dalla cura come forma di intervento, vale a dire tutta la difficoltà con la quale i parlanti si confrontano nell'integrare i diversi aspetti del disagio, raccogliendo tutte le problematiche narrate da chi si sente svalutato e 'in frontiera': burocrazia, cronicità, assenza di tempo, disconoscimento, ecc. Il terzo cluster, invece, si trova nello spazio organizzato dall'intervento sulla patologia, quello che caratterizza in genere la professione medica e ne costituisce il mandato sociale. Tale tematica sottolinea la posizione di primo piano della dimensione biologica, svalutando e relegando quella psicosociale a una posizione di secondo piano, in maniera analoga a quanto accade alla funzione di cura del MMG. Sembra pertanto organizzarsi una gerarchia degli interventi, dove quello più importante è il fronteggiare la

patologia, attraverso la terapia farmacologica e il coordinamento dei diversi trattamenti prescritti dagli specialisti. L'invocazione di una specifica competenza biomedica risulta fondamentale proprio perché, in presenza di un problema grave, di un'emergenza, consente di evidenziare l'importanza di questa competenza e di occupare una posizione di potere gratificante, disconoscendo tuttavia gli aspetti psicosociali.

Le due tematiche rivelano un interessante elemento della rappresentazione dell'intervento biopsicosociale: a fronte della sollecitazione a parlare di una dimensione non prettamente biomedica, i medici evocano il peso attribuito ai diversi aspetti dell'intervento, che ne determina l'organizzazione gerarchica in funzione del grado di importanza. Il più rilevante è quello biomedico: primo tra tutti, domina incontrastato, prevale e decide prima di ogni cosa in nome di una competenza capace di fare la differenza tra la vita e la morte. Questo aspetto tuttavia non caratterizza nello specifico il medico di medicina generale, ma piuttosto la medicina specialistica. Al secondo posto troviamo il ruolo della cura, che passa in secondo piano proprio perché svolge l'utile funzione di raccordo e integrazione non solo tra i diversi trattamenti, ma anche tra le diverse prospettive, capace cioè di guardare alla salute nella sua globalità. Tuttavia tale aspetto, non potendo evocare nessuna dimensione necessitante di urgenza, viene messo in secondo piano e caratterizza nello specifico il ruolo del medico di medicina generale. Fanalino di coda rimane l'aspetto psicosociale, quello che ha meno importanza, sia perché non si può invocare nessuna dimensione necessitante di urgenza, sia perché esso non è specifico dell'intervento biomedico: non esiste, infatti, una pillola che cura 'il divorzio' o la 'perdita del lavoro'.

Nel cluster caratterizzato dalla tematica inerente il trattamento farmacologico (cluster 3), infatti, tali dimensioni (psicologica e sociale) vengono associate alle situazioni di *grave* patologia psichiatrica, che necessitano del trattamento farmacologico e possono essere considerate importanti perché si occupano di pazienti con incapacità di intendere e di volere, in maniera più o meno pronunciata, e spesso sono accompagnate da una forte richiesta sociale di intervento. Tuttavia, la letteratura evidenzia come una parte sostanziale delle richieste al medico di medicina generale sia portata proprio da persone psicologicamente sane, che affrontano fasi particolari della propria vita: un divorzio, la perdita del lavoro, un lutto, ecc., ed è noto come tali eventi, soprattutto se sconosciuti, possano influire sullo stato di salute di una persona.

Il cluster 2 rimanda al tema dell'invio come forma di assistenza, il quale è necessario solo in presenza di una patologia psichiatrica o cronica grave e a confronto con le scarse risorse dei servizi territoriali. Sembra quindi che questi ultimi siano il luogo di raccolta di ciò che il medico non può risolvere, vale a dire situazioni di fronte alle quali la semplice terapia farmacologica non è sufficiente, poiché richiede una forma di assistenza che il medico non è in grado di fornire direttamente. Stante l'impossibilità

di intervenire, la soluzione sembra quella di affidarsi ad altri. Tuttavia, il fatto che gli 'altri' non siano in grado di assorbire ciò che il medico invia si collega alla reale mancanza di risorse in cui versa la nostra sanità pubblica; ci si può chiedere poi se la dimensione di gravità e di urgenza sulla quale si impernia il mandato sociale del medico non porti a sottovalutare determinati aspetti, che consentirebbero di lavorare sulla promozione della salute e sulla prevenzione della malattia.

Il quarto cluster, infine si colloca entro lo spazio fattoriale organizzato dalla costruzione di un rapporto di fiducia come forma di assistenza. Questa dimensione sottolinea una delle caratteristiche fondamentali del medico di famiglia: quella di instaurare un rapporto focalizzato non solo sull'intervento, ma anche sull'ascolto, sulla visita domiciliare, sulla capacità di conoscere e comprendere i bisogni del territorio entro il quale si opera. Sembra, infatti, che chi sceglie questa branca della medicina sia consapevole e interessato alla relazione di fiducia che si costruisce tra medico e paziente nel corso degli anni, sottolineando l'importanza dell'aspetto umano.

Le tematiche dell'invio e della costruzione della relazione sembrano evidenziare un aspetto interessante: la dimensione psicosociale, essendo relegata in secondo piano, viene trattata in modo aspecifico; vale a dire che il tipo di intervento che viene pensato non implica l'individuazione di professionisti specifici in grado di trattare il problema. L'invio viene per lo più pensato entro le categorie dell'assistenza o del trattamento farmacologico, apparentemente non menzionando le utili funzioni che professionisti come gli assistenti sociali o gli psicologi potrebbero svolgere. Inoltre, i servizi del territorio rimangono una dimensione aspecifica che si distingue da quella nota di tipo biomedico. Sembrano, così, mancare le categorie di lettura psicosociale del disagio utili alla prevenzione della malattia e alla promozione dello stato di salute insite nel modello biopsicosociale.

Infine, è interessante notare come tutte e quattro le tematiche (tab. 4) caratterizzano la rappresentazione che il medico ha del proprio ruolo entro il modello biopsicosociale, fatto di un intervento categorizzato come specifico del medico e di una forma di assistenza aspecifica, dove le strategie sono la necessità di instaurare un rapporto umano col paziente o l'invio competente solo nell'ambito biomedico. Tuttavia, i risultati evidenziano anche come la professione del medico di medicina generale sia complessa presentando una varietà di aspetti, dall'ambito più specificamente attinente alla professione, come la terapia farmacologica, a quelli più caratteristici della dimensione di aiuto e della costruzione di un rapporto umano. La tab. 5 mostra come le parole presenti nei diversi cluster consentano di definire per ogni tematica non solo l'azione da effettuare e il suo specifico target, ma anche l'attore, il cui appellativo cambia col cambiare delle funzioni attribuite al ruolo del MMG. Tale ricchezza lessicale è probabilmente legata alla lunga e complessa storia che ha caratterizzato lo sviluppo di

questa figura professionale e che ancora oggi, ne sottolinea la particolare complessità.

Tabella 5. Schema riassuntivo della posizione dei cluster nello spazio fattoriale

Piano fattoriale	Tema	Soggetto	Target	Azione
Fattori 1-3: L'intervento tra terapia e cura	Cura (cluster 1)	Medicina di base	Persona	Cura e Terapia
	Trattamento Farmacologico (cluster 3)	Medicina generale	Patologia	Prescrizione del Farmaco
Fattori 1-2: L'assistenza tra relazione e invio	Relazione Terapeutica (cluster 4)	Medico di famiglia	Malattia	Visita
	Invio (cluster 2)	Sanità	Gente	Invio

I temi relativi all'intervento, poiché forse non specifici del medico di medicina generale, rimandano al nome della disciplina: la 'medicina'. Rispetto alla cura essa si declina come 'medicina di base': si occupa di offrire alle persone un servizio complesso, di cura e terapia, ma sembra essere simbolizzata dal contesto come una branca di peso meno rilevante rispetto a quella specialistica e a quella della 'medicina generale', sottolineando la funzione di raccordo tra tutti gli interventi specialistici e la capacità di intervenire sulla patologia attraverso il farmaco.

I temi relativi all'assistenza individuano due attori diversi: la 'Sanità' come attore astratto al quale inviare la 'gente', un paziente altrettanto astratto, quasi a sottolineare come l'invio si costituisca come un'uscita dalla relazione terapeutico-affettiva con il medico. L'altro attore è il medico di famiglia, una persona con il proprio ruolo professionale, ma anche caratterizzata dalla forte dimensione umana di rapporto, che rende visita al paziente per curare la malattia, cosa altra dalla patologia, più complessa e globale. È interessante notare come solo in questo caso il ruolo si connette a una persona, forse a sottolineare come chi scelga questa professione lo faccia proprio per le sue caratteristiche non strettamente biomediche.

4 Conclusioni

Il presente studio era volto a comprendere la rappresentazione del modello biopsicosociale dei medici di medicina generale del Comune di Roma al fine di comprendere se attualmente esistono le condizioni per una revisione del modello operativo. Pur non potendo generalizzare i risultati ottenuti a causa del metodo di campionamento utilizzato, la ricerca ha fornito interessanti spunti di riflessione sul modo attraverso il quale i medici

declinano la loro prassi professionale, evidenziando come prevalga a oggi un modello di lettura dei fenomeni più vicino a quello biomedico classico. Infatti, pur integrando gli aspetti biologici con quelli psicosociali, questi ultimi vengono relegati a elementi di sfondo, di minore importanza, da trattare entro la relazione di fiducia che il medico istituisce col paziente o, in caso di patologia cronica o psichiatrica conclamata, da inviare ai servizi del territorio. L'intervento in questo senso viene pensato solo nel caso in cui una terapia debba essere messa in atto, vale a dire in seguito a una diagnosi organizzata da categorie di tipo biomedico, ostacolando di fatto una prassi centrata sulla prevenzione della malattia e la promozione della salute; la cura è connessa a una forma conclamata di disagio necessitante un intervento. In assenza di quest'ultima l'intervento si esaurisce entro il rapporto umano medico-paziente che, sebbene di fondamentale importanza per la presa in cura della persona, non richiede competenze professionali specifiche e non si costituisce come un intervento biopsicosociale.

Il modello biopsicosociale, di conseguenza, sembra essere pensato come capacità di connessione tra branche specialistiche, da realizzarsi a valle del processo diagnostico operato dal MMG, e non come un nuovo modo di intendere il processo diagnostico, che richiede la presenza di più professionisti sin dalle prime fasi di intervento. Tale rappresentazione, non riconoscendo la parzialità di ogni branca della conoscenza e la conseguente necessità di una integrazione di competenze professionali oltre da quelle mediche, non consente di ritenere possibile la riorganizzazione del modello di intervento.

Benché la lettura delle singole interviste evidenzi come in alcuni casi questo cambiamento sia auspicato, di fatto la cultura generale esprime i modelli in voga, fatti di raccordo tra le specializzazioni. Si può fare l'ipotesi che questo sia connesso con il tipo di formazione effettuata di questi professionisti, che non fornisce categorie di lettura altre rispetto a quelle squisitamente biomediche. L'esperienza professionale dei MMG, d'altronde, sebbene consenta di comprendere come gli aspetti psicosociali influiscano sul benessere dei pazienti non costituisce una stimolo sufficiente alla revisione delle proprie categorie. Ciò limita la capacità del medico di proporre un intervento di prevenzione della malattia e di promozione della salute in linea con il modello biopsicosociale così come proposto in letteratura. La ricerca, infatti, mette in evidenza come gli interventi vengano gerarchicamente ordinati per grado di importanza attribuendo all'intervento biologico un maggiore rilevanza e specificità rispetto a quello psicosociale.

Quanto affermato non mira a svalutare l'utilità delle categorie di lettura biomediche costruite durante il processo di formazione di base, ma a sottolineare come per attuare un intervento sia probabilmente utile pensare a una formazione specialistica post-laurea, capace di costruire nuove categorie di lettura, non solo per i medici, ma anche per tutte quelle figure professionali che sono implicate nel processo di erogazione dei servizi della

Primary Care. Una simile competenza consentirebbe di favorire lo sviluppo di una prassi innovativa basata sulla prevenzione, in grado di promuovere la salute e prevenire la malattia, di migliorare i servizi offerti, di ridurre i costi della spesa sanitaria e aumentare l'empowerment del paziente.

Bibliografia

- Ardigò, A. (2006). *Famiglia solidarietà e nuovo welfare*. Milano: Franco-Angeli.
- Barroso, José M.D. (2011). «Europe Leading Social Innovation» [online]. Disponibile all'indirizzo http://ec.europa.eu/enterprise/policies/innovation/files/sie-conference/barroso-speech-11-190_en.pdf (2015-06-30).
- Berenson, R.A.; Devers, K.J.; Burton, R.A. (2011). «Will The Patient-centered Medical Home Transform The Delivery of Health Care?». Disponibile all'indirizzo <http://www.rwjf.org/qualityequality/product.jsp?id=72660> (2015-06-30).
- Bertin, G. (a cura di) (2015). *Medicina specialistica e community care* [online]. Venezia: Edizioni Ca' Foscari. Politiche sociali, 4. Disponibile all'indirizzo <http://www.edizionicafoscari.unive.it/col/exp/28/69/PoliticheSociali/4> (2015-06-30).
- Bertin, G.; Cipolla, C. (a cura di) (2013). *Verso differenti sistemi sanitari regionali* [online]. Venezia: Edizioni Ca' Foscari. Politiche sociali, 2. Disponibile all'indirizzo <http://www.edizionicafoscari.unive.it/col/exp/28/145/PoliticheSociali/2> (2015-06-30).
- Bray, J.H. (2004). «Training Primary Care Psychologists». *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 11 (2), pp. 101-107.
- Carli, R. (1990). «Il processo di collusione nelle rappresentazioni sociali». *Rivista di Psicologia Clinica*, 4, pp. 282-296.
- Cipriani, R.; Bolasco, S. (a cura di) (1995). *Ricerca qualitativa e computer: Teorie, metodi e applicazioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Cordella, B.; Greco, F.; Raso, A. (2014). «Lavorare con corpus di piccole dimensioni in psicologia clinica: Una proposta per la preparazione e l'analisi dei dati». In: *Proceedings-Actes, JADT 2014 = Actes de la 12es Journées internationales d'Analyse statistique des Données Textuelles* (Paris, 3-6 Juin 2014). Paris: JADT.org, pp. 173-184.
- Cubic, B.A.; Mance, J.; Turgesen, J.N.; Lamanna, J.D. (2012). «Interprofessional Education: Preparing Psychologists for Success in Integrated Primary Care». *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 19, pp. 84-92.
- Freda, M.F. (2008). *Narrazione e intervento in psicologia clinica: Costruire, pensare e trasformare narrazioni tra Logos e Pathos*. Napoli: Liguori.

- Fusinato, A. (2014). «Il medico condotto» [online]. Disponibile all'indirizzo <http://www.3vallimed.com/img/Arnaldo%20Fusinato%20Il%20medico%20condotto.pdf> (2015-06-30).
- Gatchel, R.J.; Oordt, M.S. (2003). *Clinical Health Psychology and Primary Care: Practical Advice and Clinical Guidance for Successful Collaboration*. Washington: American Psychological Association.
- Greco, F.; Ragusi E. (2012). «Un Cas de Participation Sociale à la Vie Politique: Les Brigade Rosse» [online]. *Abstract book ESA RN27 Sassari 2012 = Proceedings of the Conference «Civil Society Organizations in the Mediterranean Area: Societal Role, Challenges, Dynamics»* (Sassari, 1-2 ottobre 2012). Disponibile all'indirizzo <http://esarn27sassari2012.wordpress.com/abstract-book/> (2015-06-30)
- Illich, I. (2003). «Medical Nemesis». *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57 (12), pp. 919-922.
- James, L.C. (2006). «Clinical Health Psychology Institute: Integrating Clinical Health Psychology Into Primary Care Settings». *Journal of clinical psychology*, 62 (10), pp. 1207-1212.
- Kaslow, N.J.; Graves, C.C.; Smith, C.O. (2012). «Specialization in Psychology and Health Care Reform». *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 19 (1), pp. 12-21.
- Kroenke, K.; Mangelsdorff, D. (1989). «Common Symptoms in Ambulatory Care: Incidence, Evaluation, Therapy and Outcome». *American Journal of Medicine*, 86, pp. 262-266.
- Lancia, F. (2012). *T-Lab 8.0: Manuale d'uso* [online]. Disponibile all'indirizzo <http://www.tlab.it/it/presentation.php> (2015-06-30).
- McDaniel, S.H.; LeRoux, P. (2007). «An Overview of Primary Care Family Psychology». *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 14 (1), pp. 23-32.
- Miller, B.F.; Mendenhall, T.J.; Malik, A.D. (2009). «Integrated Primary Care: An Inclusive Three-world View Through Process Metrics and Empirical Discrimination». *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 16 (1), pp. 21-30.
- Moscovici, S. (1989). *Psicologia sociale*. Roma: Borla.
- Nash, J.M.; McKay, K.M.; Vogel, M.E.; Masters, K.S. (2012). «Functional Roles and Foundational Characteristics of Psychologists in Integrated Primary Care». *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 19 (1), pp. 93-104.
- Rozensky, R.H. (2006). «Clinical Psychology in Medical Settings: Celebrating Our Past, Enjoying The present, Building Our Future». *Journal of Clinical Psychology in Medical Setting*, 13 (4), pp. 343-352.
- Salvatore, S.; Gennaro, A.; Auletta, A.F.; Tonti, M.; Nitti, M. (2012). «Automated Method of Content Analysis: A Device for Psychotherapy Process Research». *Psychotherapy Research*, 22 (3), pp. 256-273.

Skillings, J.L.; Murdoch, W.J.; Porcerelli, J.H. (2010). «“I Fired My Last Doctor for Not Taking Me Seriously”: Collaborating with a Difficult Medical Patient in a Multidisciplinary Primary Care Facility». *Journal of Personality Assessment*, 92 (6), pp. 533-543.

Solano, L. (a cura di) (2011). *Dal sintomo alla persona: Medico e psicologo insieme per l'assistenza di base*. Milano: FrancoAngeli.

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

a cura di Alessandra Sannella e Franco Toniolo

L'attività redistributiva dei servizi di welfare

Rocco Di Santo (Ente di Formazione Professionale, Policoro, Italia)

Abstract Drawing attention to the experiences presented at the 5th National Conference of the SISS, in the session entitled *Benessere e disagio sociale: l'attività redistributiva dei servizi di welfare* (Health and social disadvantage: the redistributive activity of welfare services), it was possible to describe the best practices sharing logic to redistribute services through a network capable to meet the needs of the citizen, which is inevitably an active part of the process. The essay begins with a brief theoretical consideration on the systems of the welfare state and the crisis of the systems of social redistribution that have characterized the last years.

Sommario 1. L'esigenza di un 'nuovo welfare'. – 2. Le esperienze discusse in occasione del V Convegno SISS.

Keywords Social disadvantage. Redistributive activity. Welfare services.

1 L'esigenza di un 'nuovo welfare'

È noto che il welfare state negli ultimi decenni ha sviluppato la capacità di redistribuire le risorse a favore di interventi, strategie e servizi a vantaggio di specifici segmenti della popolazione.

Distribuire, infatti, deriva dal latino *distribuĕre*, composto da *dis-* e *tribuĕre*, che significa 'suddividere in varie parti'. L'attività della redistribuzione, di conseguenza, prevede un valore iterativo, esprime cioè duplicazione o continua ripetizione.

Nella sua tradizione storica, lo stato sociale si caratterizza per l'attitudine nel distribuire la ricchezza secondo un modello top-down, ovvero dallo Stato centrale alle realtà locali fino ad arrivare al terminale ultimo: il cittadino.

Già alla fine degli anni Settanta, vi sono state delle ampie critiche in merito a tale impostazione. Una visione che possiamo ritrovare nei lavori di William Robson (1976), il quale sostiene che lo stato sociale non si dovrebbe occupare, in via esclusiva o principale, di fornire servizi sociali di varia natura ai membri più bisognosi e svantaggiati della comunità, bensì di produrre un benessere collettivo. Un benessere che, da un lato, può essere prodotto dal cuore del welfare, ossia l'altruismo, e, dall'altro, può generare integrazione. Si tratta, in fin dei conti, di sradicare ciò che

Beveridge considerava i «cinque giganti» dell'emarginazione sociale: l'ozio, il bisogno, la malattia, l'ignoranza e la miseria (Rodger 2004, p. 30).

Per sconfiggere i giganti sono necessari non solo una redistribuzione della ricchezza, ma anche (e soprattutto) il coinvolgimento della collettività, al fine di ottimizzare le risorse esistenti.

Coniugare la dimensione macrosociale (economica, politica e governativa) e la dimensione microsociale (cultura e istituzioni locali) richiama la distinzione tra sistema e mondo della vita, propria della teoria sociologica di Habermas (1989), per il quale le due dimensioni devono necessariamente essere connesse. Il sociologo tedesco tuttavia va oltre, sostenendo che la caratteristica distintiva della società tardocapitalista sta nella *colonizzazione del mondo della vita* da parte del sistema: tutto ciò che ha a che vedere con la comprensione intersoggettiva e la creazione dei valori e di strutture normative, necessari per la convivenza civile, è sempre subordinato alla logica dei sistemi burocratici e a quella che lo stesso Habermas definisce *ragione strumentale*, ossia all'impianto logico che sta alla base del controllo tecnico-scientifico della società e delle istituzioni sociali. Questo risvolto critico della modernità si è tradotto anche nel percorso di sviluppo dei sistemi di welfare moderni, fondati come sono sulla subordinazione dei bisogni sociali alle esigenze di ordine fiscale e monetario che emergono dal sistema economico (Rodger 2004).

Con la crisi dello stato sociale e soprattutto con la crisi economico-finanziaria che sta caratterizzando l'inizio del ventunesimo secolo, emerge una dominanza della componente oggettiva rispetto alla componente soggettiva. La conferma di ciò è evidente nelle politiche sociali per le quali si delegano le famiglie ad attuare i processi di assistenza e cura senza alcun tipo di controllo. Una vera e propria contraddizione se si parla di efficienza ed efficacia degli interventi. Ciò che ne consegue è una maggiore crisi di legittimità del welfare ogni qual volta le decisioni pubbliche, che dovrebbero essere conformi con la razionalità burocratica, sono giudicate insoddisfacenti da tutti coloro che subiscono le conseguenze negative. Da ciò emerge una percezione dello stato sociale come iniquo, privo di regole, disumano, ecc. (Rodger 2004, p. 53).

È necessario, pertanto, ritornare alla presenza di legami sociali di tipo fiduciario, sia sul piano delle relazioni interpersonali (a livello 'micro') sia nella più ampia organizzazione della società (a livello 'macro'). Per Himmelfarb (1995) è necessario rivalutare ciò che i padri fondatori della sociologia occidentale (Toennies, Marx, Weber, Durkheim, Simmel, ecc.) hanno definito come *capitale sociale*. Per Coleman (1988), gli attori sono razionali e i loro comportamenti intenzionali e dotati di senso, ma questa intenzionalità è circoscritta dall'influenza dei fattori sociali esterni. Il capitale sociale, a differenza del capitale fisico e umano, è una risorsa impiegabile in un'ampia gamma di contesti sociali diversi. Ciò che conta, per un suo proficuo utilizzo, è l'affidabilità delle relazioni sociali, ovvero

la presenza di un sistema condiviso di reciproci impegni e aspettative. È da queste risorse che deriva la stabilità delle interazioni sociali, e quindi delle relazioni interpersonali, così come nel commercio avviene per le transazioni commerciali.

Il capitale sociale è una risorsa basata sulla fiducia, sulla reciprocità, e quindi sull'aspettativa che gli impegni e gli obblighi reciproci tra individui o parti differenti siano soddisfatti in una sorta di implicito 'contratto fiduciario'.

La strada da percorrere – secondo Phillips (1999) – dovrebbe essere quella di investire di più nella cosiddetta imprenditorialità sociale, intesa come l'insieme delle iniziative mutualistiche e di auto-mutuo aiuto che nascono dal basso. Il messaggio dell'inclusione sociale deve tradursi in un'economia mista del welfare, che abbracci l'azione di soggetti pubblici, privati e privato-sociali. Il welfare state si deve trasformare in un welfare societario. Il mutualismo, più che la presenza esclusiva dello Stato o del mercato, è lo scenario su cui bisogna scommettere. Infatti, è ben noto come l'impresa sociale del Terzo settore – e in modo particolare del no-profit – intende essere soggetto a pieno titolo del mercato, pur conservando caratteristiche particolari (Acocella 2011).

2 Le esperienze discusse in occasione del V Convegno SISS

Le esperienze discusse nella sessione intitolata *Benessere e disagio sociale: l'attività redistributiva dei servizi di welfare*¹ del V Convegno Nazionale SISS (Società Italiana di Sociologia della Salute) rappresentano delle buone pratiche accomunate dalla logica di redistribuire servizi attraverso un network in grado di soddisfare i bisogni del cittadino, il quale è inevitabilmente parte attiva dello stesso processo. Un cittadino dunque che non è considerato come parte terminale del processo, inerme e passivo rispetto alle azioni di altri. Al contrario, il cittadino è centrale nei processi di decisione, di attuazione e di valutazione.

Il contesto in cui vive e opera il cittadino è caratterizzato dai cambiamenti epidemiologici che pongono il territorio al centro del sistema sanitario. Ciò si incontra – come sostengono Bertin e Cipolla (2013) – con due elementi che hanno finito per aumentare le differenze fra i singoli territori. Da una parte, vi è la tendenza al decentramento amministrativo, che in Italia si concretizza anche con la modifica del Titolo V della Costituzione e la maggior autonomia delle regioni nel governo delle politiche sanitarie; dall'altra, le dinamiche locali dei singoli territori, caratterizzate dai con-

1 Sessione parallela coordinata dal prof. Sebastiano Porcu dell'Università di Macerata e dal dott. Rocco Di Santo.

fini sfuocati fra sociale e sanitario, che hanno finito per attivare processi isomorfici fra l'azione degli attori locali (comuni e regioni, ma anche attori del terzo settore) e i sistemi sanitari.

Infatti, con la crisi dello stato sociale, l'attività della redistribuzione è cresciuta in modo esponenziale (rispetto al passato appena descritto), vedendo tra l'altro modificare attori istituzionali e tipologia di reti di servizio. Anche per queste ragioni, il cittadino assume un ruolo diverso in quanto è maggiormente partecipe, influente e soprattutto consapevole. Infatti, non è presumibile che, come in passato, la distribuzione delle risorse di un Paese sia governata dall'alto, bensì si profila un welfare organizzato e gestito in loco, in cui il cittadino svolge un ruolo centrale e operativo.

Il 'welfare dei cittadini' – secondo Walther Orsi (2006) – fa riferimento a un sistema che si propone di dare centralità alla persona e alle sue relazioni sociali, anche attraverso un nuovo e più attivo rapporto con lo sviluppo e il sistema economico. È necessario pertanto assumere un quadro paradigmatico più ampio, al fine di inserire le trasformazioni del welfare nell'ambito dei radicali mutamenti economici, sociali e culturali legati alla globalizzazione, tenendo conto quindi delle nuove opportunità e dei problemi emergenti.

Se l'interesse è quello di porre le esperienze pratiche presentate in occasione del V Convegno SISS, il lavoro qui presente è di fatto un 'viaggio' tra le buone pratiche che si sono svolte (e sono in corso di svolgimento) in varie realtà italiane.

Il primo lavoro esposto è quello offerto da Natale Pepe. Esso riguarda il *Piano di Lotta alla Droga* promosso dall'Ambito di Zona della Città di Matera in partnership istituzionale con la Azienda Sanitaria Locale e la Provincia. La partecipazione delle associazioni di volontariato della città coinvolge principalmente i giovani, attraverso azioni condivise e processi di valutazione partecipata, che ha reso la governance in grado di gestire al meglio la complessità del progetto. Una valutazione che ha utilizzato metodologie quali-quantitative, tali da rilevare bisogni e stili di vita.

Ciò che caratterizza il progetto è l'idea di sviluppare strategie di lotta alla droga, creando tra i giovani una corretta informazione, di divulgare la cultura dell'interazione e della condivisione di esperienze, dove il divertimento non è inteso come devianza, ma come consapevolezza che la partecipazione è propulsore delle relazioni sociali e strategia per arginare ogni forma di emarginazione ed esclusione sociale.

Infatti, la cultura della prevenzione tra i preadolescenti e gli adolescenti caratterizza il lavoro mostrato da Tiziana Mangarella e svolto dal Dipartimento di Scienze della Formazione, Psicologia e Comunicazione dell'Università degli Studi di Bari. Un lavoro in cui sono stati sviluppati degli indicatori, fondati su basi teoriche consistenti, al fine di valutare proprio la percezione tra i giovani in merito a: salute e benessere; salute sessuale e assunzioni di comportamenti a rischio; identità di genere e corporeità.

Ciò che si evince è una società basata fortemente su stereotipi e pregiudizi che giustificano stili di vita devianti e, per questo, a rischio. Un contributo importante a tale situazione è dettato da messaggi educativi spesso contraddittori tanto da creare un sistema informativo 'schizofrenico', ove le ragazze appaiono maggiormente vulnerabili. Promuovere la salute e soprattutto educare all'aggregazione appare una strategia necessaria per arginare forme di devianza e rischi per la salute individuale e collettiva. Dunque, appare indispensabile l'ascolto dei giovani come prerogativa per pianificare azioni e sviluppare processi condivisi su un qualunque territorio.

Il contributo discusso dal Claudio Poggi riguarda, allo stesso modo, la devianza e stili di vita, nonostante diverso sia il target di riferimento: in questo caso si tratta di anziani. La ricerca-azione condotta dal Dipartimento di Dipendenze Patologiche dell'ASL di Bari ha visto il coinvolgimento di oltre duemila soggetti, afferenti alle associazioni di volontariato dei cinque distretti dell'ASL barese, e ha avuto come obiettivo generale di reperire e sistematizzare informazioni corrette sull'utilizzo di bevande alcoliche in relazione a condizioni di salute aggravate dall'uso di alcol.

La ricerca ha infatti mostrato che le abitudini degli intervistati è frutto di una percezione errata dello stato di salute individuale e soprattutto dell'esistenza di preconcetti sull'uso di sostanze alcoliche.

Dunque, l'ascolto di storie di vita e le interviste diffuse consente di monitorare le idee comuni sull'uso dell'alcol, soprattutto in una popolazione con un'alta incidenza di malattie correlate.

Il cittadino, attraverso la partecipazione nei processi decisionali, operativi e valutativi, è indispensabile anche in quella che Pasquale Marino definisce la *farmacia sociale*, ovvero un nuovo modello di farmacia attenta ai bisogni reali del cittadino. In questa visione, il cittadino, infatti, si sveste dei panni di solo 'paziente' (richiedente bisogni di cura), di utente (richiedente servizi) o di mero consumatore (richiedente prodotti per la propria salute) per divenire 'consum-attore': da un lato, è l'attore principale dei processi di cura, assistenza e benessere collettivo, dall'altro lato, è un consumatore di prodotti e, per tale ragione, determina la fortuna dell'esercizio commerciale. In tale ruolo, il cittadino è un soggetto attivo poiché non solo richiede diritti, ma rappresenta anche la domanda di beni e di servizi che la farmacia deve essere in grado di reperire come bisogni e trasformare in erogazione di prodotti commerciali e di prestazioni. La rilevazione del bisogno rappresenta, dunque, l'occasione di condivisione di esperienze individuali e collettive e uno strumento per il miglioramento della qualità erogata e percepita.

Anche l'esperienza della cooperativa OSA (Operatori Sanitari Associati) di Roma ritiene l'ascolto del cittadino un elemento di partecipazione e di condivisione per migliorare le prestazioni volte alla cura e all'assistenza di soggetti spesso non autosufficienti. L'elaborato esposto da Maria Chiara

Galizi evidenzia l'importanza dell'utilizzo di metodologie qualitative, come la narrazione di storie di vita, al fine di individuare i bisogni dell'assistito e ricercare strumenti e strategie per il miglioramento del personale stato di salute. Strategie che non escludono l'utilizzo della tecnologia, considerando questa una risorsa indispensabile nelle pratiche di cura e assistenza. Anche in questo caso il cittadino è partecipe dei processi volti al miglioramento della propria condizione di salute. Il racconto diventa così il punto di incontro tra bisogno e soddisfazione dello stesso.

Per Simone Cerrina Feroni, l'idea di benessere non deve necessariamente valicare i confini naturali, altrimenti la salute diventa una dominanza della dimensione economica e politica, in cui il benessere viene relegato al marketing, al merchandising e al controllo sociale.

Bibliografia

- Acocella, G. (2011). «Questioni etiche del Terzo settore». In: Silvano, G. (cura di), *Società e Terzo settore: La via italiana*. Bologna: il Mulino.
- Bertin, G.; Cipolla, C. (2013). «La centralità del territorio: I nodi del cambiamento» [online]. In: Bertin, G.; Cipolla, C. (a cura di), *Verso differenti sistemi sanitari regionali*. Venezia: Edizioni Ca' Foscari. Disponibile all'indirizzo <http://www.edizionicafoscari.unive.it/col/exp/28/145/PoliticheSociali/2> (2015-04-10).
- Coleman, J. (1988). «Social Capital in the Creation of Human Capital». *American Journal of Sociology*, 94, Supplement, pp. 95-120.
- Di Santo, R. (2013). *Sociologia della disabilità: Teorie, modelli, attori e istituzioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Franzoni, F.; Anconelli, M. (2014). *La rete dei servizi alla persona: Dalla normative all'organizzazione*. Roma: Carocci Faber.
- Habermas, J. (1989). *The Structural Transformation of the Public Sphere*. Cambridge: Polity Press.
- Himmelfarb, G. (1995). «The De-Moralisation of Society». In: *Victorian Time to Modern Values*. London: Institute of Economics Affairs.
- Orsi, W. (2006). «La risorsa anziani: Qualità della vita e innovazione sociale». In: Ingresso, M. (a cura di), *La promozione del benessere sociale: Progetti e politiche nelle comunità locali*. Milano: FrancoAngeli.
- Phillips, M. (1999). «Lilley is Half Right and Tories are all Wrong». *Sunday Time*, 2 May.
- Robertson, W. (1976). *Welfare State and Welfare Society*. London: Allen & Unwin.
- Rodger, J.J. (2004). *Il nuovo welfare societario*. Trento: Erickson.

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

a cura di Alessandra Sannella e Franco Toniolo

Soli mai!

Maria Grazia De Vivo

Abstract The project *Soli Mai!* arises from the need to understand where the integration of social and health services are in the event of natural disasters. From the analysis performed, a serious condition of environmental emergency is detected, with risks especially for the health of the affected population. The key objectives of the project are: helping to prevent, supporting and dealing the needs; using civil and respectful behaviours for social welfare; verifying the new 'social constructs', taking into account both the conditions of the society and cultural elements available to a community to interpret events and circumstances; valorization of social networks and mutual aid; recovery of confidence both in individuals and in the institutions to avoid the sense of abandonment. Hence, the main assumption, common to all the definitions, is that a disaster always implies a discontinuity of the social context, in which individuals and social structures have worked up to its occurrence, and a departure from the pattern of daily expectations shared by a community. The guidelines or steps to be taken into account both ex-ante and ex-post in a natural disaster are: forecasting; prevention; warning, pre-alarm, alarm, managing the emergency; restoration of normality. Only by working at various levels on different aspects of the system (preparatory courses and primary prevention for most subjects, assumption of responsibility by several organizations, trust, respect and collaboration between the institutions and the population, a taking in charge no longer based on the symptoms but based on social solidarity) it will be possible transition from a catastrophe to a perspective of prevention.

Sommario 1. La sociologia dei disastri. – 2. Il progetto *Soli mai!* e i suoi obiettivi. – 3. Metodologia e livelli d'interpretazione. – 4. Rischio e sua percezione, vulnerabilità, resilienza e insicurezza. – 5. Risultati. – 6. Conclusioni.

Keywords Disaster. Resilience. Risk Perception.

1 La sociologia dei disastri

La prima disciplina che inizia a studiare i disastri o calamità è la 'disastrologia'; essa consta in due filoni: un filone psicologico incentrato sui sistemi psichici, dall'affettivo al cognitivo (Kertzer 1981, p. 163), e un filone sociologico attento, invece, al comportamento degli organismi preposti a fronteggiare l'emergenza, durante le operazioni di soccorso (Baratta 1979, p. 268). Quest'ultimo pone l'attenzione sugli aspetti organizzativi e comunitari di preparazione, di riabilitazione e di risposta ai disastri.

Dal punto di vista sociologico, per 'disastro' intendiamo

una violenta e relativamente improvvisa, e quindi inattesa, distruzione di normali accordi strutturali all'interno di un sistema sociale o di un sottosistema – causato da – una forza naturale o sociale, interna o esterna ad esso, sulla quale il sistema non ha controllo su di esso (Fritz 1968).

Il primo contributo in merito ci viene fornito dal sociologo Prince, nel 1920, in uno studio dal titolo *Catastrofe and Social Change*, dove si interessò sia dell'esplosione di una nave ad Halifax, in Canada, sia del recupero dei sopravvissuti al naufragio del Titanic (Pappalardo 2004, pp. 343-344). Per lo studioso il disastro rappresentava un'interferenza con l'equilibrio ordinario della società, ossia un cambiamento sociale.

Altri studiosi – tra i quali Turner, Pelanda, Quarantelli, Dynes, Burton, Bardon – che si sono susseguiti nello studio di questi fenomeni hanno raggiunto un certo grado di consenso attorno ai temi in campo, identificando un elemento comune capace di racchiudere in sé la dimensione sociale e simbolica e servire da criterio utile a riconoscere un evento come disastro.

La sociologia dei disastri si è affermata abbastanza tardi in Italia. A ciò si aggiunge che la serie di ricerche che inaugurano la 'via italiana' alla sociologia dell'ambiente può farsi risalire solo ai primi anni Settanta. Essa prende avvio nella seconda metà di quel decennio, intorno ad un evento preciso: il terremoto devastante del Friuli del 1976. Proprio a partire da questo sconvolgimento socio-territoriale, si innesca una serie di studi che dà espressione all'attività di ricerca di un gruppo di sociologi, allievi di Franco Demarchi, gravitanti intorno all'Istituto di Studi Internazionali di Gorizia (ISIG) («Rischio, gestione del rischio» 1994, p. 20) e successivamente all'Università di Trieste.

La sociologia dei disastri, in Italia, si è caratterizzata per un forte orientamento alla policy: studiare non solo per capire ex post cosa sia successo, ma soprattutto, per scoprire i punti di inserzione, in termini di acquisizione di dati, velocità di informazioni, comunicazione alle popolazioni e così via, per poter successivamente disporre di adeguate politiche di prevenzione, a cominciare da una migliore circolazione dell'informazione.

2 Il progetto *Soli mai!* e i suoi obiettivi

Innanzitutto, la Campania, dopo il Veneto, è divenuta la regione con il maggior numero di morti causati da eventi franosi, come riscontrato nel censimento dell'IRPI (<http://sici.irpi.cnr.it/>) (fig. 1), ma, purtroppo, tutte le regioni d'Italia hanno il loro evento catastrofico da ricordare. I comuni a rischio frane sono 5.596 su 8.101, pari al 69% (fig. 2).

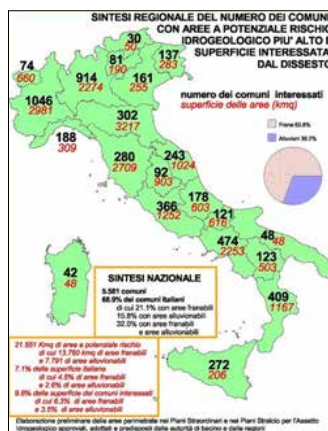


Figura 1. Sintesi regionale del numero dei Comuni con aree a rischio.
Fonte: <http://www.isprambiente.gov.it/>

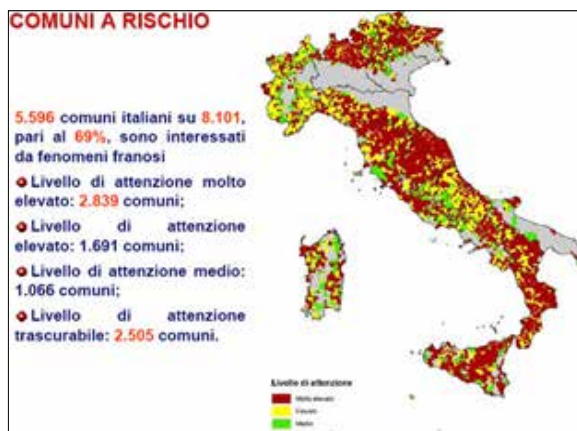


Figura 2. Comuni a rischio.
Fonte: <http://www.isprambiente.gov.it/>

Indubbiamente, oltre alle vittime dirette e alle morti accertate, può essere rilevato un numero cospicuo di vittime indirette, rappresentato dai componenti delle famiglie delle suddette vittime, ma anche e soprattutto dalla società tutta: bisogna porre attenzione e interesse su questo aspetto. L'interesse si è focalizzato sulle esperienze quali lutti, perdita dei propri beni e situazioni pericolose per la vita del soggetto, rilevando che la morte di una persona amata costituisce un elemento di vulnerabilità maggiore rispetto alla perdita dei propri beni. Diversi studi hanno rilevato che il sostegno sociale ricevuto può moderare gli effetti di un evento traumatico. L'evento traumatico implica conseguenze negative – come dimostrato da studi – relativamente alla percezione di sé dell'individuo e ai rapporti con gli altri.

Da qui la necessità di individuare gli obiettivi fondamentali del progetto *Soli mai!*:

- aiutare a prevenire, eventuali calamità naturali, utilizzando condotte civili e rispettose per il benessere sociale;
- verificare le nuove 'costruzioni sociali', tenendo conto sia delle condizioni della società dopo e sia degli elementi culturali a disposizione di una collettività per interpretare gli eventi stessi e le loro circostanze;
- valorizzazione delle reti sociali e di mutuo aiuto;
- recupero della fiducia sia negli individui e sia nelle istituzioni, per evitare il senso di abbandono;
- promuovere l'uso delle risorse proprie e della società per ridurre i rischi di emarginazione.

3 Metodologia e livelli d'interpretazione

Il disastro è «un impatto fisico talmente ampio da determinare lo sconvolgimento della vita sociale» (Quantelli, Wenger 1987). A tal proposito, almeno due considerazioni sono interessanti da sviluppare. Riconoscere il valore di rottura del fenomeno significa concentrarsi sulle condizioni sociali che rendono possibile un contenimento delle conseguenze di un agente e, quindi, valutare come una società può prepararsi al meglio per affrontare potenziali casi di disastro. Secondariamente, l'analisi sociologica, proprio perché ritiene il disastro un'interazione di diversi fattori, che interrompe il flusso ordinario della collettività e delle sue aspettative riguardo il funzionamento delle strutture sociali, guarda a esso come un laboratorio ideale per testare le capacità di un sistema sociale e studiare i suoi processi fondamentali. Allo stesso modo, il disastro, rompendo il funzionamento ordinario delle cose, mette in luce le strutture e i processi di una società con maggiore chiarezza e permette di porli più facilmente in questione.

Si rende pertanto necessario sostenere la realizzazione di progetti finalizzati a migliorare la qualità della vita dell'intera comunità locale, mediante la promozione di azioni integrate, non solo a livello geofisico, ma anche a livello socio-sanitario, per sviluppare servizi e politiche che non lascino sole tali vittime.

4 Rischio e sua percezione, vulnerabilità, resilienza e insicurezza

I concetti di città 'soggetta a rischio' o città 'a rischio' sono oramai diffusi, ma strettamente collegati alla percezione di rischio.

Alcune teorie, infatti, hanno posto l'attenzione sulla dimensione 'oggettiva' del rischio, altre su quella 'soggettiva', evidenziando il concetto di percezione individuale e le cause che la determinano. Di fronte a uno stesso evento, reale o potenziale, le percezioni degli individui possono essere completamente differenti fra di loro. Lo stesso fenomeno può essere percepito in modo più o meno rischioso e ciò dipende dalle caratteristiche sociali, culturali e psicologiche - individuali.

Questo discorso consente di spiegare meglio la distinzione tra rischio e catastrofe, che Beck (2012) introduce nel suo volume. Rischio - sostiene Beck - non è sinonimo di catastrofe. Esso è piuttosto un'anticipazione della catastrofe:

i rischi sono sempre eventi futuri che forse ci attendono, che ci minacciano. Ma poiché questa minaccia permanente determina le nostre aspettative, occupa le nostre menti e guida le nostre azioni, diventa una forza politica che cambia il mondo (p. 18).

La realtà del rischio può dunque essere percepita in modi radicalmente diversi.

La vulnerabilità è un concetto fondamentale nella prospettiva sociologica, in quanto è definita dall'interazione in un determinato contesto spaziale delle proprietà fisiche dell'agente della catastrofe e dai fattori psicologici, culturali, sociali ed economici della società colpita. La perdita che un sistema (individuo, comunità o ecosistema) soffre se colpito da un evento estremo viene chiamata vulnerabilità. Questa dipende dalla prossimità all'evento e dalla resistenza/resilienza del sistema.

La *resilience* (resilienza) viene intesa sia come capacità di resistere a un evento traumatico sia come capacità di superarlo. La resilienza «attinge la sua forza non solo dalle capacità dell'individuo ma anche dalle risorse presenti nell'ambiente psicosociale» (Bizzolo, Fazzi 2012, p. 36).

Questo concetto applicato a un'intera comunità rileva come la resilienza si stia affermando nell'analisi dei contesti sociali successivi a gravi catastrofi di tipo naturale o dovute all'azione dell'uomo, quali, ad esempio, attentati terroristici, rivoluzioni o guerre (Vale, Campanella 2005, p. 376). La reazione della popolazione al rischio non dipende dal livello oggettivo di pericolo, ma da quello percepito. La matrice culturale di una società assume un ruolo fondamentale nella percezione e reazione alle calamità naturali, ma non solo, infatti, molto dipende anche dal senso di insicurezza che si vive in quel momento.

La sicurezza è alla base di quell'atteggiamento della maggior parte delle persone, che confidano nella continuità della propria identità e nella costanza dell'ambiente sociale e materiale in cui agiscono. Essa è quindi intimamente connessa alla routine e dipende dalla diffusione delle abitudini e dalla familiarità delle relazioni. La prevedibilità delle piccole routine quotidiane fornisce generalmente un senso di sicurezza psicologica, ma quando queste vengono sconvolte per una qualsiasi ragione, subentrano stati d'ansia capaci di scuotere e alterare anche gli aspetti più saldamente radicati della personalità.

5 Risultati

Dopo una catastrofe, leggendo i giornali, ci si accorge di un malcontento generale e di critiche a destra e manca per ritardi nei soccorsi, carenza di servizi socio-sanitari, ecc. La legge italiana riconosce come organismo addetto alle calamità naturali la Protezione Civile e altri organi istituzionali a diversi livelli. L'obiettivo è quello di conferire pieni poteri alla periferia, in quanto è essa a conoscere i bisogni e le risorse della sua popolazione.

La protezione civile nasce nel 1962. Riconosciuta dal Parlamento come macchina statale da attivare nelle emergenze, viene istituzionalizzata nel 1970 con la legge 8 dicembre 1970, n. 996 «Norme sul soccorso e

l'assistenza alle popolazioni colpite da calamità» (<http://legislature.camera.it/>). Si ritiene, così, necessario stabilire a priori alcune linee guida o fasi da tener conto sia ex ante e sia ex post una calamità naturale, all'interno del progetto *Soli Mai!*:

- previsione;
- prevenzione;
- allertamento, preallarme, allarme, gestione dell'emergenza;
- ripristino della normalità.

L'attuazione di queste fasi di intervento può avere risvolti positivi sulla salute psicofisica degli individui, con diminuzione di ansia e stress correlati e un miglioramento della qualità di vita.

La figura del sociologo gioca un ruolo fondamentale sia nel tempo di pace sia in quello di crisi/emergenza. La sua conoscenza del territorio fisico, sociale, economico, delle persone e delle realtà associative del luogo, delle risorse sociali ed economiche, la loro distribuzione sul territorio, lo portano a conoscere le problematiche che si presenterebbero o che si ingrandirebbero in caso di calamità. La sua posizione di assemblatore dei diversi aspetti dell'intervento sociale permette al sociologo di essere anello di congiunzione fra le istituzioni e la popolazione.

6 Conclusioni

Per l'Italia, le calamità naturali non possono cessare. È impossibile, infatti, sottrarsi a esse. La nostra nazione, oltre a essere sismica, è anche caratterizzata da dissesti idrogeologici; questo fenomeno è conosciuto molto bene dalla comunità scientifica, dalla comunità politica e dalla comunità di cittadini, ma, nonostante ciò, stenta a radicarsi una cultura della prevenzione. Ogniquale volta si verifica una calamità, viene accolta da tutti con gran stupore e meraviglia. Ciò crea nei sopravvissuti gravi danni, sia da un punto di vista psicologico che sociologico: panico, disorganizzazione e ansia, stati d'animo dettati dal voler avere notizie sui propri cari. Nei giorni successivi al disastro, di solito, gli individui si organizzano in piccoli gruppi per aiutare i soccorritori a salvare altre vite umane, assumendo comportamenti prosociali, eliminando ogni tipo di distinzioni di classe, ceto, status, ecc., al fine di aiutare sia la propria famiglia (eventuali membri dispersi) sia gli altri.

Bisogna passare da un'ottica del soccorso a un'ottica della prevenzione, dove i servizi socio-sanitari giocano un ruolo nuovo e su più livelli, mentre la Protezione Civile e altre organizzazioni esterne svolgono il compito di affiancamento alle forze locali. Solo con un lavoro a più livelli, su diversi aspetti del sistema, con corsi di preparazione e prevenzione primaria per più soggetti, con l'assunzione di responsabilità da parte di più organismi, con fiducia, stima e collaborazione fra le istituzioni e la popolazione, con una presa in carico non più basata sui sintomi, ma basata sulla solidarietà

sociale, sarà possibile il passaggio da un'ottica della catastrofe a un'ottica della prevenzione.

Bibliografia

- «Rischio, gestione del rischio» (1994). «Rischio, gestione del rischio, comunicazione del rischio». *Notiziario ISIG (Istituto di Sociologia Internazionale di Gorizia)*, 3 (4), quaderno monografico.
- Baratta, M. (1979). *I terremoti d'Italia: Saggio di storia, geografia e bibliografia sismica italiana*. Bologna: Arnaldo Forni Editore.
- Beck, U. (2012). *I rischi della libertà: L'individuo nell'epoca della globalizzazione*. Bologna: il Mulino.
- Bissolo, G.; Fazzi, L. (2012). *Costruire piani per l'integrazione socio-sanitaria*. Roma: Carocci Faber.
- Fritz, C.E. (1968). «Disaster» s.v. In: *International Encyclopedia of the Social Sciences*. London: MacMillan.
- Kertzer, D.I. (1981). «Aspetti politici delle calamità naturali: Riflessioni sulla ricerca americana». *Laboratorio Politico*, 5-6, pp. 162-176.
- Pappalardo, S. (2004). *Un terremoto per amico: Potere, trasgressione e dispute dopo una calamità naturale*. Milano: FrancoAngeli. Sociologia del Diritto, 24.
- Quarantelli, E.L.; Wenger, D. (1987). «Disastro» s.v. In: *Nuovo dizionario di sociologia*. Cinisello Balsamo: Edizioni Paoline.
- Vale, Lawrence J.; Campanella, Thomas J. (2005). *The Resilient City: How Modern Cities Recover from Disaster*. New York: Oxford University Press.

Sitografia

- Camera dei Deputati, Legislature precedenti <http://legislature.camera.it/>
- Enciclopedia Treccani, Enciclopedia delle scienze sociali [http://www.treccani.it/enciclopedia/disastri_\(Enciclopedia-delle-scienze-sociali\)/](http://www.treccani.it/enciclopedia/disastri_(Enciclopedia-delle-scienze-sociali)/)
- Formez PA www.formez.it
- Istituto Superiore per la Protezione e la Ricerca Ambientale (ISPRA) <http://www.isprambiente.gov.it/>
- Protezione civile www.protezionecivile.it
- Sistema Informativo sulle Catastrofi Idrogeologiche (SICI) <http://sici.irpi.cnr.it/>
- World Health Organization (WHO) <http://www.who.int/topics/emergencies/en/>

Metodologie e strumenti di lavoro per la riprogettazione e implementazione di un nuovo modello aziendale di Porta Unitaria di Accesso (PUA)

Maria Femiano (ASL Napoli 2 Nord, Italia)

Roberta Pelliccia (ASL Napoli 2 Nord, Italia)

Abstract In order to solve the excessive fragmentation of the services and the complexity of health needs, to reduce the improper request, ASL Napoli 2 Nord commenced a reorganization of the procedures for the unanimous access to the health system. Furthermore, it created actions to cope with the patients' demands and to replan the integrative system of health care. The daily management of the health system, based on the improving replanning organisational model through the bottom up system, forged an easier access to create homogeneity between the government of the demand and supply system, approved by all local and sanitary authorities, to simplify the ideation of integrative services.

Sommario 1. La Porta Unitaria di Accesso (PUA). – 2. La metodologia di lavoro per l'implementazione del Modello aziendale. – 3. La formazione quale strumento di facilitazione del cambiamento organizzativo. – 4. Conclusioni.

Keywords Access. Model. Changing.

1 La Porta Unitaria di Accesso (PUA): il modello organizzativo della ASL Napoli 2 Nord

La percezione corrente dello stato attuale dei sistemi socio-sanitari configura traiettorie che trovano nella variabilità delle pratiche in ogni settore, nella eccessiva frammentazione delle risposte nonché nella mancata valutazione della qualità e dei costi, il paradigma della debolezza implicita dei sistemi stessi e il presupposto della diffusa mancanza di soddisfazione da parte degli utenti. Tali distorsioni sono ulteriormente accentuate dal generale livello di crisi di sostenibilità in cui rimangono i nostri sistemi di welfare – a causa delle poche certezze relative alle risorse disponibili, in verità sempre più scarse – col rischio concreto che si scarichi sul cittadino l'onere di ricomporre, da un lato le frammentazioni legate all'accesso, dall'altro quelle inerenti i sistemi di offerta.

Abbiamo deciso pertanto di iniziare il presente articolo con una slide

che ben descrive i suddetti accadimenti e che enfatizza come, pur in presenza di un unico soggetto finanziatore, il SSN/SSR (Sistema Sanitario Nazionale/Regionale), la frammentazione dei 'contenitori' e degli 'oggetti' di finanziamento finisce per determinare la frammentazione operativo/gestionale, con i descritti negativi riverberi in termini di qualità dell'assistenza stessa e della tenuta complessiva.



Figura 1. Sistemi socio-sanitari: stato attuale

Per migliorare la salute dei cittadini e garantire maggiore sostenibilità dei sistemi sanitari, la Comunità Europea, per altro, ha da sempre adottato azioni volte a: intraprendere le riforme necessarie *per garantire* sistemi sanitari innovativi e sostenibili (come la sanità elettronica, e-health,¹ che indica nei prodotti, servizi e processi sanitari, cambiamenti di ordine organizzativo nei sistemi sanitari e nuove competenze; ottimizzare l'accesso a un'assistenza sanitaria più efficace e più sicura per i cittadini.

All'interno di tali contesti nazionali, regionali e sovranazionali, in particolare l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 2 Nord, *al fine di* rispondere all'eccessiva frammentazione dei servizi, unita alla complessità dei bisogni di cura che esigono risposte molteplici, articolate e unitarie, ha avviato, da diversi anni, una riorganizzazione dei propri servizi, partendo da un cambiamento del modello organizzativo (così come riportato di seguito) e individuando un modello assistenziale che fa del governo della domanda,

¹ L'e-health riguarda l'interazione tra pazienti e prestatori di servizi sanitari, la trasmissione di dati tra le varie istituzioni o la comunicazione *inter pares* tra pazienti e/o professionisti in ambito sanitario.

del recupero di appropriatezza e della ricomposizione dell'offerta i propri cardini logici. Il governo della domanda (Bianchi 1999) fonda le proprie coerenze sull'opzione strategica che sia necessario ricercare modalità di analisi dei bisogni incentrate sull'approfondimento dei meccanismi di formazione della domanda. È pertanto necessaria la condivisione dell'assunto culturale che soltanto la conoscenza del bisogno reale consente l'individuazione e l'eliminazione della domanda indotta, per cui l'appropriatezza è da ricercarsi non soltanto nella risposta erogativa quanto anche – e soprattutto – nel complesso contesto sociologico che sottende alla formazione della domanda stessa; vera sfida, questa, della committenza: solo dopo che la domanda è stata individuata come espressione di un reale bisogno, vanno ricercata la modalità dell'intervento nonché l'ambito di cura più appropriati, nell'ottica di privilegiare comportamenti che vedano la ricerca di efficienza quale discriminante di percorsi ugualmente efficaci.

Il presente articolo verte proprio su questa dimensione, rinviando a successiva pubblicazione le traiettorie operative poste in essere per il recupero di appropriatezza e la ricomposizione dell'offerta (Bianchi 2002) di cui però – si tiene qui a precisare – i meccanismi di governo della domanda rappresentano presupposto indispensabile.

Il cittadino non è tenuto a conoscere a quale punto di ingresso al sistema deve rivolgersi per ogni singolo servizio e, d'altro canto, la ASL rischia di accumulare deficit informativo, crescente sui bisogni reali, se non attiva una 'centralizzazione' del dato.

Da questo punto di vista si è innanzitutto definito il cambiamento come processo e individuato che proprio le incongruenze, le incoerenze e gli scarti possono costituire non difetti da correggere, ma leve potenziali di cambiamento (Mortara 1989). A volte «la funzione latente» di una pubblica amministrazione – come afferma Merton (1992) – ostacola il cambiamento, l'adozione di comportamenti atti a difendere i privilegi acquisiti e le proprie certezze anziché il punto di vista del pubblico (utenti) che richiede servizi e prestazioni.

Secondo Schon e Argyris (1998) il cambiamento è difatti un'organizzazione che apprende, che sviluppa le pratiche dei processi orientati a facilitare la costruzione di conoscenza, il trasferimento delle competenze, in una prospettiva di adattamento continuo alle perturbazioni socio-ambientali e riprogettazione di se stessa.

Insomma, il punto di partenza è che il cambiamento si realizza solo se sono attivati e coinvolti i soggetti direttamente interessati: innanzitutto il personale interno ai vari livelli, le dimensioni organizzative e operative concrete, le culture e le pratiche. Come sostiene Ruffini (1998), in generale un sistema organizzativo è caratterizzato da significativi livelli di complessità, che generano un elevato bisogno di integrazione e rendono necessaria l'attivazione di numerosi meccanismi di coordinamento, anche di tipo non strutturale, dove l'efficacia delle prestazioni dipende sempre

meno dall'imprescindibile contributo del singolo operatore e maggiormente dalle molteplici figure di operatori coinvolti *nella* rete.

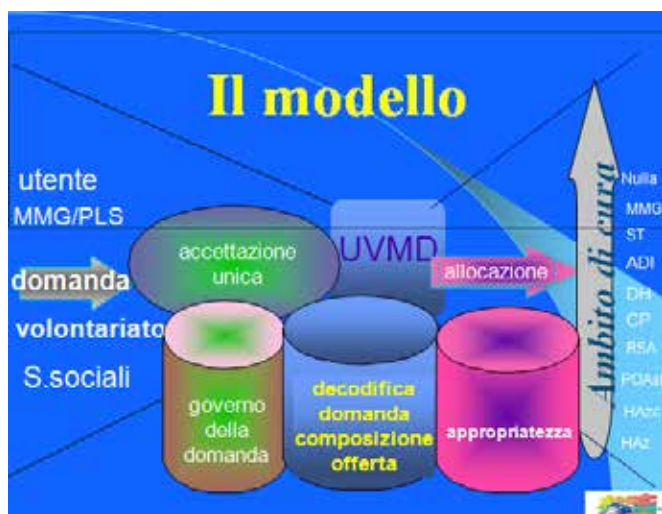


Figura 2. Percorso di accesso unitario e integrato alla rete generale dei servizi sanitari e socio-sanitari

Tale modello si caratterizza per l'attribuzione di responsabilità complessive e finali di domanda e risultato, organizzando una risposta unica e *completa* alla rete dei servizi sanitari e socio-sanitari, secondo criteri di appropriatezza condivisa e con rapporto costo/efficacia, al fine di massimizzare le priorità socio-ambientali, attraverso un circuito territoriale di servizio basato su l'efficienza allocativa e la ricerca dell'efficienza tecnica.

Il nuovo modello organizzativo si sviluppa sul 'cambiamento' continuo (o incrementale) di cui parla Quaglini (1987), che è evolutivo, cumulativo e continuativo: una sistematica adozione di molti piccoli cambiamenti incrementali può provocare cambiamenti rilevanti.

La transizione verso tale modello ha pertanto richiesto la messa in atto di azioni orientate al 'governo della domanda', attraverso la progettazione di un sistema integrato d'intervento, dove la centralità dell'utente sostituisce la centralità del 'servizio', e lo sviluppo di soluzioni organizzative come la nascita di punti di accessi territoriali.

La Porta Unitaria di Accesso (PUA), infatti, rappresenta per il cittadino il luogo *fisico-logico* d'ingresso privilegiato nel sistema dei servizi sanitari e socio-sanitari nonché l'anello operativo strategico per il recepimento unitario della domanda di 'servizi sociali, sanitari e socio-sanitari', cui fornire una risposta specifica, tempestiva, ma soprattutto completa, orientata alla logica della *presa in carico della persona*, portatrice di molteplici esigenze.

Partendo da tali considerazioni, l'Azienda ha pianificato, programmato, progettato diverse azioni/attività/interventi finalizzati a implementare e migliorare la rete generale di accesso ai servizi socio-sanitari.

In primis, ha gestito un monitoraggio PUA, che ha coinvolto i 13 Distretti Sanitari della Napoli 2 Nord, finalizzato all'analisi e alla conoscenza delle diverse modalità operative, per la gestione della PUA, presente nei Distretti Sanitari. Tale attività, tramite swot analysis, ha fatto emergere i punti di forza e/o debolezza del sistema e i relativi vincoli e/o opportunità.

Sono emersi ruoli e funzioni dei singoli 'pezzi' del sistema di accesso, con relative interrelazioni, e sono state individuate le criticità di processo e di funzionamento dei singoli Punti di Accesso, in particolare:

- l'esistenza di modelli organizzativi di tipo settoriale, organizzati per punti di accesso dislocati sul territorio, non uniformi per operatività e funzioni, che svolgono attività per singoli segmenti e per specifica competenza sociale o sanitaria;
- la mancanza di comunicazione tra i vari punti di accesso del sistema PUA e la discontinuità del processo di presa in carico, dalla prima segnalazione del bisogno alla definizione e realizzazione degli interventi necessari.

Di qui la necessità di progettare e implementare il nuovo *Modello aziendale della Porta Unitaria di Accesso PUA*, finalizzato a:

- migliorare le modalità di accesso unitario e integrato alla rete generale dei servizi sanitari e socio-sanitari;
- uniformare le procedure su tutto il territorio aziendale;
- migliorare la comunicazione *intra* e *inter* distrettuale, ospedale-territorio, intra-aziendale;
- definire modalità e strumenti omogenei su tutto il territorio aziendale per la gestione dell'accoglienza, dell'informazione, dell'orientamento e dell'accompagnamento degli utenti.

Da Porte di Accesso meramente settoriali si è arrivati, dunque, grazie a un lavoro 'maieutico', realizzato attraverso una metodologia partecipata, alla definizione di una Porta Unitaria di Accesso universalistica e organica, articolata su due livelli di competenza: il primo, di tipo operativo, rivolto al cittadino e svolto dai **Punti di Accesso Territoriali** che si occupano delle attività di accoglienza, informazione, orientamento, accompagnamento, decodifica del bisogno (con risposta di primo livello e inoltro ai servizi competenti, interni al sistema sociale e sanitari, per l'evasione di domande complesse); il secondo, di tipo gestionale, garantito esclusivamente dalla **Funzione Centrale di Coordinamento**, che sovrintende alle attività di raccordo tra i livelli istituzionali di riferimento (ASL/Ambito Territoriale), a quelle di indirizzo, di programmazione, di gestione delle risorse, di monitoraggio e di valutazione della quantità/qualità dei servizi erogati, attraverso la convergenza dei flussi informativi.

Inoltre, è stato stabilito che l'attività della PUA si svolga su due direttri-

ci: una operativa, che svolge prevalentemente le attività di front-office, e una macro-organizzativa/gestionale, che assicura le attività di back-office, garantendo, tra l'altro, grazie il monitoraggio della domanda e del bisogno, una ri-programmazione congiunta dell'offerta territoriale dei servizi. Nella tabella che segue (tab. 1), sono riportate le attività della PUA distinte per livello di competenza:

Tabella 1. Delibera ASL Napoli 2 Nord n. 348 del 05 aprile 2013: «Approvazione Modello aziendale PUA: funzioni ed attività per singolo livello di competenza»

Funzioni	Attività	Livello di competenza
Accoglienza, informazione e orientamento	– accoglienza dell'utenza – ascolto attivo delle richieste e dei bisogni sanitari, socio-sanitari e, nel caso di bisogno sociale, attivare il raccordo con l'Ente di competenza; – selezione delle segnalazioni anche per le richieste di intervento per la non autosufficienza e disabilità; – prima decodifica del bisogno espresso dal cittadino; – informazione relativamente a opportunità, risorse, prestazioni del sistema dei servizi esistenti e accessibili; – primo orientamento ai servizi sanitari e sociali coerenti con la domanda espressa o con il bisogno rilevato in sede di prima decodifica; – compilazione della scheda di accesso e registrazione dati sul sistema Leasociosan	
Accompagnamento	<i>si colloca in una fase più avanzata rispetto alla funzione di accoglienza, informazione ed orientamento</i> – indirizzare attivamente l'utente verso le strutture erogatrici di servizi (diversi da quelli forniti dalla PUA), attraverso, per esempio, la definizione di appuntamenti o nell'attivare servizi ed équipe professionali (come UVI o l'UVM), preposti alla valutazione di secondo livello nel caso di bisogno complesso;	Punti di Accesso Territoriali PUA
Risoluzione di problemi semplici	– erogazione immediata, o comunque tempestiva, di risposte adeguate a bisogni semplici (come l'accesso a prestazioni assistenziali che richiedono la sola compilazione e presentazione di una modulistica con allegato l'ISEE) che escludano la valutazione di tipo multidimensionale;	
Attivazione della Valutazione Multidimensionale e dell'UVI e avvio del processo di presa in carico	– individuazione del responsabile di percorso – segnalazione del bisogno che richiede una valutazione multidimensionale in specifica équipe – anche UVI, anche attraverso il sistema Leasociosan – avvio delle procedure di presa in carico	

Osservatorio	- monitoraggio sull'attività svolta attraverso la raccolta e l'analisi di dati sulla domanda (attraverso il sistema Leasociosan) - monitoraggio sull'offerta di servizi (mappatura) al fine di migliorare la qualità del servizio offerto e facilitare le attività dei Punti di Accesso - curare la redazione di report per l'Ufficio di Piano - promuovere iniziative di formazione sul campo e altri interventi di aggiornamento - promuovere iniziative per la diffusione della conoscenza del PUA - esercizio di funzioni di regia: - <i>sovrintendere alle funzioni del PUA</i> - <i>coordinare gli aspetti organizzativi</i> - <i>intrattenere contatti con gli stakeholders, formali e informali</i> - <i>relazionare annualmente sull'andamento delle attività della PUA</i> - <i>sovrintendere all'implementazione del sistema Leasociosan</i>	Funzione di coordinamento distrettuale
----------------------------	---	--

Per favorire il percorso di cambiamento graduale e modulare del nuovo sistema di organizzazione della PUA, si riprende il modello sviluppato da G. O' Donovan, che ha messo a punto una metodologia (O' Donovan 2006) per la pianificazione strategica al servizio dei programmi di trasformazione e organizzazione di un sistema, che presuppongono rilevanti cambiamenti culturali, basata su: pianificazione strategica e progettazione; formazione e creazione di una visione di programma; definizione di strategie comunicative di implementazione. Inoltre, sono stati definiti i seguenti requisiti, essenziali per la sostenibilità del modello:

- definizione di una *nuova scheda di ingresso* al sistema dei servizi sociosanitari a gestione integrata e partecipata;
- *coinvolgimento dei gruppi di interesse* attraverso la partecipazione dei diversi portatori di interessi, sia nella fase di progettazione che nella gestione delle attività;
- definizione della *strategia comunicativa* in grado di coinvolgere i cittadini, attraverso un'informazione chiara e semplice sulle nuove modalità di accesso e accoglienza dell'utente e/o sul familiare: le persone devono sapere come, quando e a chi rivolgersi;
- progettazione di un nuovo *sistema informativo* attraverso l'utilizzo di strumenti facilitanti la comunicazione dei dati tra i vari servizi, tra i vari operatori, tra i singoli servizi specialistici e funzionali: l'impiego di una piattaforma informatica integrata rappresenta il perno essenziale intorno al quale ruota la capacità di raggiungere obiettivi di efficacia ed efficienza del funzionamento procedurale;
- elaborazione di un *piano di monitoraggio e di accompagnamento* essenziale per il buon funzionamento della PUA.

2 La metodologia di lavoro per l'implementazione del modello aziendale

La metodologia utilizzata per favorire la condivisione di un modello organizzativo 'unico' è stata la *gestione per processi* (Casati et al. 2005), la quale comporta che analisi, valutazione e programmazione siano incentrate sull'insieme di attività collegate che danno luogo a determinati risultati: è attraverso l'analisi dei processi che si possono, infatti, comprendere i modi di vedere e le concezioni organizzative che si formano, i linguaggi condivisi, così come i modi di pensare e di agire, i repertori simbolici e le pratiche concrete dell'organizzazione, ovvero costruzioni sociali, simbolicamente costruite e riprodotte attraverso le interazioni (Berger, Luckmann 1997).

L'attuazione del modello individuato è stata pensata come un processo per fasi che supera, in maniera graduale, la frammentarietà dei modelli organizzativi della PUA preesistenti e che consente di gestire completamente, a partire dal momento dell'accesso del cittadino/utente al servizio, il percorso della presa in carico dei bisogni sociali, sanitari e socio-sanitari.

Il processo parte dalle risorse iniziali dell'Azienda che creano valore, trasformando le risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato a un soggetto esterno (cittadino/utente) ed è teso al raggiungimento dell'obiettivo aziendale. Tale approccio è risultato utile dato che vengono individuati sin da subito gli operatori e gli utenti: il responsabile di ogni fase del processo ha dovuto chiarire le caratteristiche dell'input e tener presente i bisogni, sia quelli dell'utente immediatamente successivo sia quelli dell'utente finale: più aumentano la varietà e la specializzazione dei contributi, più sono le 'interfacce' tra organizzazioni, più quindi aumenta il rischio di difetti di continuità e di integrazione, più diventa vantaggioso l'approccio per processi.

La gestione per processi ha rappresentato un fondamentale strumento di coordinamento e di orientamento verso il risultato finale, servito per aumentare la congruità tra le attività svolte e le finalità dell'azienda, in quanto sono state considerate:

- la valutabilità, per la rilevazione di come vengono generati i dati con cui costruire indicatori di attività e di risultato;
- la flessibilità, ossia la definizione di processi facilmente adattabili al modificarsi delle attività e dei tempi: per adattarsi al cambiamento dei bisogni degli utenti;
- la costanza o riproducibilità: per garantire la capacità di dare origine al medesimo prodotto, nel periodo considerato, in assenza di cause di variazioni straordinarie;
- l'efficacia o grado di raggiungimento degli obiettivi: per il raggiungimento dei migliori esiti di accesso e presa in carico, grazie alle conoscenze esistenti e le risorse disponibili.

Considerando l'entità di possibili inconvenienti osservati, le opportuni-

tà di miglioramento e la percezione dell'urgenza del cambiamento, per il progetto di ricerca è stato preferito l'approccio Day to Day Management basato sulla **riprogettazione migliorativa o incrementale** di tipo *bottom up*, con un elevato coinvolgimento di chi esegue il processo. Infatti, utilizzando tale modello, il responsabile di tutto il processo ha avuto una visione d'insieme che gli ha permesso di ottimizzarlo, cercando di migliorare costantemente le 'performance' di tutti gli operatori sul campo: i compiti delle persone che collaborano all'interno di un processo sono noti a tutti e c'è una condivisione degli impegni e delle conoscenze; si utilizzano tutte le risorse preesistenti, si lavora per rispettare obiettivi ben definiti e ben chiari a tutti; la comunicazione avviene dal vertice verso la base, ma anche dalla base verso il vertice; c'è un ritorno costante di informazione da parte di tutti i collaboratori; ci si focalizza più sulla performance dell'intera organizzazione e non sul singolo 'pezzo'; i risultati raggiunti sono documentati e vengono periodicamente monitorati, confrontandoli con obiettivi di miglioramento sempre nuovi; soprattutto ci si focalizza completamente sul cittadino/utente, cercando di vedere il proprio lavoro dal suo punto di vista.

Questa fase progettuale richiama il modello di regolazione dell'azione pubblica di D'Albergo e nello specifico la fase idealtipica basata sul decentramento istituzionale e la sussidiarietà (Battistelli 2002) fondata sul confronto e sulla convergenza fra le utilità degli attori: questo modello presume dunque al fondo una logica che si regge sulla coincidenza delle utilità dei singoli attori e, solo successivamente, sui soggetti collettivi. La responsabilità in questo caso coinciderebbe con gli interessi, mentre le relazioni inter-istituzionali e inter-organizzative sarebbero fondate sulla partnership negoziale e su un rapporto paritario tra chi decide e chi implementa.

È stato svolto, altresì, un lavoro finalizzato all'unitarietà d'azione che si è sviluppato su tre livelli (Scott 1998):

- il livello istituzionale, nel quale è stata ricercata con successo l'unitarietà di interventi e strategie tra le istituzioni (ASL, Ambiti territoriali, privato sociale);
- il livello organizzativo, che ha identificato sia il contesto che i processi di implementazione dei servizi;
- il livello professionale, nel quale si è operato uno sforzo finalizzato all'interdisciplinarietà e multiprofessionalità della risposta al bisogno, creando delle strutture organizzative in grado di fornire risposte globali e integrate.

Riuscire a fare tutto questo, ha implicato la creazione, l'istituzionalizzazione, l'attivazione di una 'rete territoriale dei servizi'.

3 La formazione quale strumento di facilitazione del cambiamento organizzativo

L'implementazione del nuovo modello organizzativo, inoltre, è stata supportata dalla gestione di interventi formativi on the job, finalizzati al potenziamento sia di competenze tecnico-professionali trasversali che di sistema.

In particolare si è intervenuti negli ambiti:

- dell'analisi del contesto organizzativo, identificando ruoli e funzioni dei singoli 'pezzi' del sistema di accesso con relative interrelazioni, condividendo sia le criticità del processo che le azioni migliorative;
- dell'approccio alla complessità dei bisogni e delle problematiche, con individuazione delle aree dell'agire integrato, sia all'interno dei servizi dello stesso settore che tra quelli di settori diversi; della strumentazione;
- dell'individuazione delle aree di competenze tecnico-professionali e trasversali in cui si evidenzia l'esigenza di sviluppo/potenziamento al fine di garantire l'unitarietà delle fasi di accesso della persona ai servizi/prestazioni;
- della ri-definizione di strumenti e canali di comunicazione tra i diversi Punti di Accesso e tra questi e l'utenza;
- del sostegno motivazionale per fronteggiare le difficoltà riscontrate nella gestione del processo, proprie della fase d'implementazione del nuovo modello.

Al fine di raggiungere l'obiettivo dell'implementazione del nuovo modello PUA su tutto il territorio aziendale, il programma formativo è stato progettato e gestito così da raggiungere contemporaneamente gli operatori dei due livelli di competenze previsti dal 'modello aziendale della Porta Unitaria di accesso': sia gli operatori gestori dei Punti di Accesso Territoriali che gli operatori gestori della Funzione di Coordinamento, puntando al superamento delle difficoltà per avere una commisurata ricaduta organizzativa e un notevole impatto sui cittadini/utenti.

4 Conclusioni

In alcune pratiche organizzative i meccanismi di accesso (Rossi 2014) appaiono disomogenei e suscettibili di forti rivisitazioni (Fabbri 2007). Lo stesso Weber, nel delineare le caratteristiche idealtipiche di una struttura burocratica (Rossi 1981), vedeva nella discrezionalità di amministratori e operatori uno dei principali rischi da fronteggiare, al fine di garantire unità e conformità della produzione dell'output di servizio. L'implementazione del nuovo modello PUA ha prodotto una forte sinergia tra dinamiche operative e organizzative, ha consentito inoltre di realizzare una risposta

unitaria e omogenea, attraverso una riduzione della domanda impropria e un sostanziale miglioramento della modalità di accesso unitario e integrato alla rete dei servizi sociosanitari, grazie a un approccio unitario, condiviso e coordinato, di tutti gli attori locali sociali e sanitari, che in maniera congiunta hanno affrontato i problemi riscontrati durante tutto il percorso/processo, organizzando le risposte in termini di servizi multidimensionali e integrati: gli attori organizzativi e professionali, che governano l'accesso al sistema dei servizi, hanno contribuito a equilibrare domanda e offerta dei servizi stessi, ponendosi come primi interpreti (rispetto agli orientamenti istituzionali) e traduttori (nei confronti dei cittadini) dei cambiamenti che si susseguono nei meccanismi di produzione dei servizi. Gli stessi attori, come sostiene Rosenthal, sono diventati attori strategici nell'ambito di un processo di 'costruzione sociale dei propri utenti' (Rosenthal, Peccacei 2006).

Bibliografia

- Argyris, Ch.; Schon, D.A. (1998). *Apprendimento organizzativo*. Milano: Guerini e Associati.
- Battistelli, F. (2002). *La cultura delle amministrazioni fra retorica e innovazione*. Milano: FrancoAngeli.
- Bianchi, A. (1999). «Il Distretto possibile». *ASI*, 19 maggio.
- Bianchi, A. (2002). «L'integrazione come scelta strategica». *Prospettive Sociali e Sanitarie*, 23 (2).
- Casati, G.; Panella, M.; Di Stanislao, F.; Vichi, M.C.; Morosini, P. (2005). *Gestione per processi professionali e percorsi assistenziali*. Progetto Formazione Qualità ISS, ARM, MS. Manuale 1, 3a ed.
- De Leonardis, O. (1997). «Declino della sfera pubblica e privatismo». *Rassegna italiana di sociologia*, 2.
- Mortara, G. (1989). «L'apparato ministeriale: Il nucleo centrale della pubblica amministrazione». In: Fredi, G. (a cura di), *Scienze dell'amministrazione e politiche pubbliche*. Roma: NIS.
- Merton, R.K. (1992). *Teoria e struttura sociale*. Bologna: il Mulino.
- O' Donovan, G. (2006). *The Corporate Culture Handbook*. Dublin: The Liffey Press.
- Quaglini, G.P. (1987). *Figure del cambiamento organizzativo*. Torino: Tirrenia Stampatori.
- Rosenthal, P.; Peccei, R. (2006). «The Social Construction of Clients by Service Agents in Reformed Welfare Administration». *Human Relations*, 59 (12).
- Rossi, P. (1981) (a cura di). *Max Weber e l'analisi del mondo moderno*. Torino: Einaudi.

- Rossi, P. (2011). «La costruzione organizzativa dell'accesso ai servizi sociali: Logiche di regolazione di domanda e offerta a confronto nella programmazione locale dei servizi». In: *Paper for the Espanet Conference «Innovare il welfare: Percorsi di trasformazione in Italia e in Europa»*. Milano: s.n.
- Rossi, P. (2014). *L'organizzazione dei servizi socio assistenziali*. Roma: Carocci editore.
- Ruffini, R. (1998). *La sanità*. In: Costa, G.; Nacamulli, R.C.D., *Manuale di Organizzazione Aziendale*, vol. 4, *Le tipologie aziendali*. Torino: UTET.
- Scott, R.W. (1998). *Istituzioni e organizzazioni*. Bologna: il Mulino.

Cure a casa: indicazioni di policy per innovare l'integrazione socio-sanitaria

Lucia Ferrara (Università degli Studi di Bari «Aldo Moro», Italia)

Verdiana Morando (Università commerciale «Luigi Bocconi», Milano, Italia)

Alessandro Colombo (Eupolis Lombardia, Milano, Italia)

Abstract Integrated care has become almost a buzzword at the top of health policy agendas. Internationally, the pressures over social and health care demand and supply call for taking integrated care forward and providing new approaches and strategies. A policy analysis on these issues is provided, exploring home care services for the elderly as a blueprint. The first paragraph displays the scenario on the demand and supply of health and social care services. The second one sets up a theoretical framework for integrated care based on the literature and exploits it to compare four regional cases of home care policies in the Italian National Health Service. Finally, the challenges and urgent interventions that policy makers will have to tackle the sooner to meet integrated care are discussed.

Sommario 1. Introduzione. – 2. Il contesto: prospettive di integrazione. – 2.1. La domanda assistenziale. – 2.2. Prospettive di integrazione. – 3. L'assistenza domiciliare integrata: un confronto interregionale sulle scelte di policy. – 3.1. I modelli organizzativi dell'ADI a livello regionale e i risultati. – 3.2. Dai dati ai modelli organizzativi: considerazioni sull'integrazione. – 4. Innovare le cure a casa: indicazioni e strategie di policy. – 5. Dall'integrazione di sistema all'integrazione clinica: governance del percorso.

Keywords Integrated care. Home care. Policy analysis.

1 Introduzione

L'integrazione dei servizi sociali e sanitari è ormai entrata con forza nell'agenda delle politiche di welfare: a livello internazionale si avverte la necessità di riposizionare questo tema per individuare nuovi approcci e modalità di risposta a una domanda assistenziale e sociale che è rapidamente evoluta nell'arco dell'ultimo ventennio. Le politiche di welfare adottate in altre contingenze storico-economiche risultano regressive a diversi livelli: quantitativo, rispetto alle prestazioni esigibili e alle risorse allocate; qualitativo, negli approcci e nelle tipologie di servizi offerti; di contenuto, rispetto alle competenze e agli strumenti tecnici e professionali messi in campo.

Il presente contributo intende affrontare la discussione sull'integrazione socio-sanitaria per collocarla nel processo di analisi e programmazione

delle politiche di welfare regionali, quali momenti decisionali iscritti nel disegno politico, istituzionale e manageriale, teso a migliorare la capacità di cura delle economie locali. La novità di questa prospettiva di analisi è la funzione integrativa riconosciuta alla fase di programmazione, che dovrebbe portare a sintesi la pluralità di strategie organizzative e allocative adottate in sinergia con una pluralità degli attori, istituzionali e professionali, in funzione di una presa in carico olistica e personalizzata. A tal fine, nell'economia del contributo, si è scelto di analizzare una politica d'integrazione socio-sanitaria, l'assistenza domiciliare integrata (ADI), per sviluppare un confronto tra le scelte di policy di quattro regioni italiane: Emilia Romagna, Lombardia, Veneto e Toscana.

2 Il contesto: prospettive di integrazione

2.1 La domanda assistenziale

L'invecchiamento e l'aumento della cronicità e delle condizioni di fragilità socio-sanitaria (anziani non autosufficienti, persone con disabilità fisica, neurologica e psichica, persone affette da dipendenze da sostanze, ecc.) rappresentano i veri nodi della società odierna nella riprogettazione delle politiche di welfare. Se questi fenomeni sono noti, si è osservato inoltre come l'aumento dei grandi anziani (> 85 anni) ha portato all'emergenza delle condizioni di demenza senile (Alzheimer), acuendo la necessità di riprogettare i servizi di assistenza socio-sanitaria per la presa in carico di queste forme croniche ad alta complessità e intensità assistenziale, rispetto all'utenza tradizionale dei servizi residenziali per anziani (Residenze Sanitarie Anziani, RSA).

L'effetto congiunto dei due fenomeni, invecchiamento e cronicizzazione, ha altresì determinato un aumento vertiginoso della spesa sanitaria e un'allocazione delle risorse sbilanciata su questa fascia d'utenza. A livello internazionale, le proporzioni di spesa sono allineate: il 20% della popolazione, in cui ricadono i soggetti affetti da una o più patologie croniche, consuma circa l'80% delle risorse sanitarie (stimate in base all'attività di ricovero e cura, specialistica ambulatoriale e farmaceutica). Alla spesa sanitaria si aggiungono poi i consumi socio-sanitari e assistenziali, più difficili da stimare e in cui, in ogni caso, incide nettamente la componente di spesa privata delle famiglie, verso una stima complessiva realistica.

A completare il quadro evolutivo della domanda assistenziale, vi sono i fenomeni socio-demografici alla base e al centro della piramide demografica (in primo luogo i cambiamenti nel modello familiare italiano), così come gli effetti congiunturali della crisi economica (con l'emergenza di nuove forme di assistenza intra-familiare, sia per l'aumentata disponibilità di persone inattive, per disoccupazione, sia nel tentativo di capitalizzare

e socializzare le risorse economiche destinate all'assistenza). I fenomeni sociali che evidenziano queste tendenze sono, da un lato, la riduzione del tasso di istituzionalizzazione, che si concentra sempre più nelle fasce dei grandi anziani (over 85) o dei soggetti affetti da demenza senile; dall'altro, una riduzione del mercato regolare del lavoro domestico – dal 2009, infatti, dopo una crescita costante nel decennio precedente, il mercato regolare del lavoro domestico sta manifestando una crisi (oltre 80.000 unità in meno tra il 2009 e il 2011) (dati INPS 2013).

2.2 Prospettive di integrazione

Lo scenario presentato porta quindi l'attenzione sulla necessità di risposte integrate alla fragilità sociale e sanitaria, a partire dai processi di programmazione delle politiche pubbliche e di pianificazione della rete dei servizi. Rispetto a queste esigenze, tuttavia, la normativa nazionale sull'assistenza socio-sanitaria risulta regressiva e condizionata da forti vincoli istituzionali che determinano l'organizzazione e l'efficacia dei servizi erogati.

Nonostante l'aumento di un fabbisogno assistenziale complesso e inclusivo, in cui le componenti sociali e sanitarie sono spesso interrelate, il d.lgs. 229/99, identifica due tipologie prestazionali:

- a. **prestazioni sanitarie a rilievo sociale:** proprie dell'area medica, psicologica, infermieristica e riabilitativa erogate in ambito ambulatoriale, domiciliare e delle strutture diurne e residenziali, prevalentemente a carico del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) e quindi delle ASL;
- b. **prestazioni sociali a rilievo sanitario:** interventi di natura economica, di aiuto domestico e familiare, forme di sostegno alla domiciliarità e all'ospitalità di tipo 'alberghiero' presso strutture diurne e residenziali, a carico dei servizi sociali comunali.

L'inefficacia di questa classificazione in fase attuativa si palesa nell'esempio delle cure domiciliari, dove questa distinzione si traduce nella separazione tra i Servizi di Assistenza Domiciliare (SAD), in capo ai Comuni e assimilabili alla tipologia b) di prestazioni sociali a rilievo sanitario (es. igiene degli ambienti, servizio di lavanderia, preparazione dei pasti, igiene della persona, disbrigo di commissioni, trasporto, ecc.), e l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), in capo alle ASL, assimilabile alla tipologia a), di servizi sanitari erogati al domicilio da parte di figure professionali sanitarie e sociali (medico di medicina generale [MMG], infermiere, fisioterapista, assistente sociale, medico specialista, ecc.), attraverso un intervento personalizzato e definito dall'Unità di Valutazione Multidimensionale Distrettuale (UVMD) competente per territorio (come stabilito sempre nel DPCM del 29 novembre 2001). La distinzione tra SAD e ADI è frutto della normativa nazionale e dei sistemi di finanziamento e riparto tra le risorse

sociali e sanitarie, cui seguono l'organizzazione dei servizi e la gestione del personale dedicato ma, all'atto pratico, ostacola l'integrazione delle cure e una presa in carico centrata sui bisogni della persona.

L'assetto normativo, pertanto, preserva delle logiche teoriche e attuative regressive che influenzano direttamente l'implementazione dei servizi. Questo avviene in contraddizione rispetto sia agli indirizzi annunciati a livello programmatico sia ai riferimenti continui che rimandano ai modelli organizzativi sviluppati a livello teorico negli ultimi vent'anni, per la presa in carico integrata e olistica della persona cronica, a partire dal Chronic Care Model (Wagner et al. 1996). Nonostante la varietà di questi modelli, e la diversità dei contesti normativi e istituzionali in cui hanno avuto origine, è interessante rilevare la presenza di alcuni elementi e obiettivi comuni: superare la frammentazione del sistema e ritornare alla centralità delle cure primarie e a una presa in carico olistica e personalizzata. Si possono infatti individuare dei nessi di continuità tra la definizione di cure primarie di Starfield (2002, 2005, 2011) e alcuni elementi costitutivi dei modelli di presa in carico integrata per le cronicità (Valentijn et al. 2013). La tabella 1 riassume le principali forme di integrazione identificate dalla letteratura sui modelli organizzativi e di policy per la presa in carico dei pazienti cronici.

Tabella 1. Dimensioni e prospettive di integrazione dei processi di cura

Integrazione di sistema	Il sistema di governance esplicita il coordinamento verticale (integrazione verticale), necessario tra i livelli di cura, gli ambiti di policy (sociale, sanitario, politiche del lavoro ecc) e i professionisti, e orizzontale (integrazione orizzontale), per ricomporre le diverse prospettive e promuovere l'adozione di strumenti e valori comuni.
Integrazione organizzativa	Individua le soluzioni organizzative adottate per promuovere l'integrazione dei processi di cura, sia a livello intra-organizzativo che inter-organizzativo, assumendo forme di organizzazione reticolare (network) diverse.
Integrazione professionale	Identifica le modalità di integrazione tra più professionisti, in particolare tra specialisti appartenenti a saperi disciplinari e modalità di lavoro distinte – ad esempio, tra l'approccio clinico (care) e quello sociale (cure). L'integrazione professionale può assumere forme diverse lungo un continuum che va dalla cooperazione (spesso forzata dall'alto) fino alla collaborazione effettiva, in cui obiettivi ed incentivi di risultato sono condivisi dal gruppo di cura. Nella progressione di questo continuum sono fondamentali gli strumenti di cui i professionisti si dotano per definire regole di comportamento reciproco e di modalità operative (protocolli).

Integrazione di sistema	Il sistema di governance esplicita il coordinamento verticale (integrazione verticale), necessario tra i livelli di cura, gli ambiti di policy (sociale, sanitario, politiche del lavoro ecc) e i professionisti, e orizzontale (integrazione orizzontale), per ricomporre le diverse prospettive e promuovere l'adozione di strumenti e valori comuni.
Integrazione clinica	È tipica della presa in carico olistica e personalizzata della medicina generale, in grado di sintetizzare i diversi bisogni, assistenziali, sanitari e terapeutici, in modo continuativo nel tempo.
Integrazione funzionale	Indica l'attivazione e costruzione di strumenti finalizzati a supportare l'integrazione: ad esempio, lo sviluppo di sistemi informativi, condivisi a livello di sistema, di meccanismi di finanziamento o modalità gestionali (es. gestione delle risorse umane, della qualità ecc);
Integrazione normativa	Attiene agli aspetti valoriali e comportamentali del sistema, allo stile di leadership prevalente, e sottolinea la necessità di una <i>vision</i> e cultura condivisa da tutti gli attori per l'integrazione dei processi di cure. Si tratta di una dimensione strumentale e trasversale, come l'integrazione funzionale, ma, diversamente dalla prima, si ancora alla dimensione professionale, quale volano degli assetti valoriali e comportamentali che promuovono o ostacolano la collaborazione.

Fonte: adattato da Fulop et al. 2005; Valentijn et al. 2013.

3 L'assistenza domiciliare integrata: un confronto interregionale sulle scelte di policy

La scelta di focalizzare l'analisi sull'ADI, come paradigma dei servizi e degli approcci di presa in carico domiciliare del soggetto fragile, è giustificata da tre ordini di fattori: la casa è riconosciuta come setting assistenziale appropriato per la presa in carico della cronicità e alle cure domiciliari è attribuita la priorità nella programmazione nazionale e regionale; le cure domiciliari prevedono l'interazione tra professionisti di più ambiti e settori disciplinari e l'interazione tra più fondi per realizzare la presa in carico unitaria del bisogno; e, infine, l'organizzazione delle cure domiciliari sta attraversando una profonda revisione in sinergia a quanto sta avvenendo ad altri livelli del SSR (Servizio Sanitario Regionale), soprattutto rispet-

to alle cure secondarie e specialistiche.¹ Di conseguenza, costituisce un esempio paradigmatico nell'ambito delle prestazioni socio-sanitarie per soggetti con bisogni di intensità sociale e sanitaria.

L'approfondimento dei prossimi paragrafi sui servizi di ADI persegue quindi due obiettivi: analizzare i modelli socio-sanitari e assistenziali messi in atto in alcuni contesti regionali, all'interno dello stesso quadro normativo nazionale e in risposta a una comune domanda assistenziale; valutare i risultati raggiunti dalle scelte di policy perseguite. L'analisi è articolata in due momenti: una fase diagnostica in cui viene sviluppato il confronto inter-regionale sui servizi di ADI, attraverso i dati consolidati nei flussi nazionali; una fase prognostica, in cui le evidenze raccolte sono discusse attraverso le variabili dell'integrazione riportate in tabella 1, per individuare le dimensioni caratteristiche di ogni modello regionale e prevedere i possibili percorsi di sviluppo nel breve e medio periodo. Ai fini del confronto inter-regionale sono state selezionate quattro regioni benchmark (Emilia Romagna, Lombardia, Toscana, Veneto), sulla base del modello erogativo prevalente (modello a gestione e produzione diretta e il modello di completa separazione delle funzioni di produzione e di finanziamento).

3.1 I modelli organizzativi dell'ADI a livello regionale e i risultati

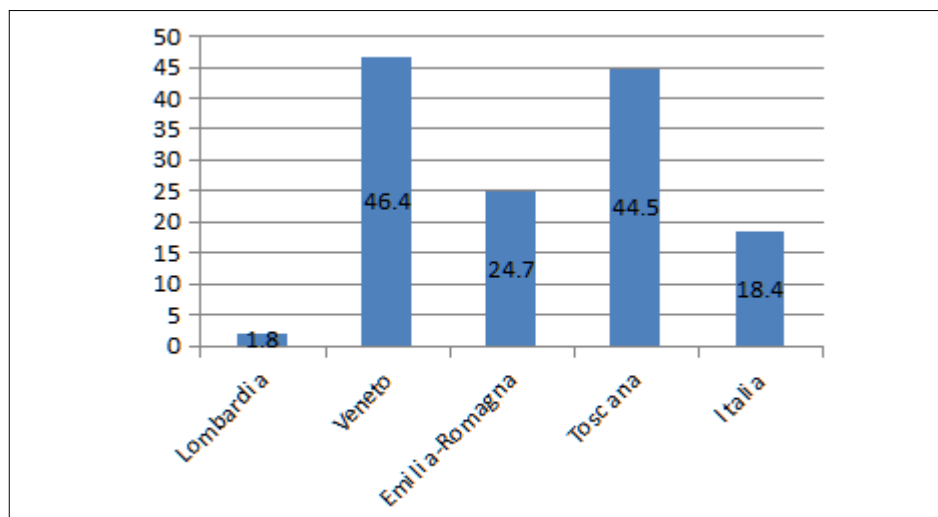
L'organizzazione dell'ADI a livello regionale è molto eterogenea: ogni regione si è dotata di una propria normativa e regolamentazione sulle cure domiciliari che si riflettono a livello sostanziale nei modelli regionali di organizzazione ed erogazione del servizio, ad esempio, per quanto riguarda le tipologie di prestazioni, le modalità di accesso e le prestazioni erogate, gli strumenti di valutazione per l'accettazione, i controlli di appropriatezza e qualità, i volumi di servizi erogati in ADI rispetto ad altre prestazioni erogate per lo stesso target di utenza. Ciononostante, si possono individuare alcuni elementi comuni nelle modalità di organizzazione previste per il percorso di presa in carico dei pazienti in ADI. Il percorso, infatti, si articola in quattro fasi principali: segnalazione, accettazione della domanda, presa in carico e svolgimento dell'attività, dimissione.

In via preliminare, va osservato che oggi tutte le regioni hanno attivato un servizio di ADI e i livelli di volume e copertura del servizio stanno

¹ In questa prospettiva, da un lato, si osservano tentativi di segmentazione della tipologia di prestazioni offerte al domicilio, sulla base delle condizioni clinico-patologiche (es. Assistenza Domiciliare Oncologica [ADO], Assistenza domiciliare infermieristica), al fine di trasferire la cura del paziente dagli ambiti ambulatoriali al setting domestico; dall'altro, si assiste a delle forti spinte di integrazione con la rete dei servizi territoriali, sia all'interno delle cure primarie, sia attraverso i servizi prestati dalle associazioni e dai servizi di prossimità sociali (Comune, volontariato, attori del non profit).

aumentando tendenzialmente in tutte le regioni. Secondo gli ultimi dati resi disponibili dall'Istat (2013a) (graf. 1), i servizi ADI per anziani² nel periodo tra il 2005 e il 2011 sono cresciuti in tutte le regioni benchmark, in particolare in Emilia-Romagna (+ 5,2%).

Grafico 1. Percentuale di anziani trattati in ADI rispetto al totale della popolazione anziana ≥ 65 anni per Regione (anni 2005-2011)



Fonte: elaborazioni su dati Ministero della Salute (2013), Modello FLS21, quadro H; casi anziani trattati in ADI; rete di assistenza; corrispondenze ASL-Comuni; popolazione Istat residente al 1° gennaio 2011 di età superiore o uguale a 65 anni

In termini di ore annuali di assistenza fornita,³ le regioni analizzate rientrano in un range tra 16 e 26 ore annuali, vicine alla media nazionale di 20 ore, eccetto il Veneto, dove vengono erogate solo 10 ore di assistenza (Ministero della salute 2013). I dati relativi al numero di ore erogate ai singoli utenti tratteggiano anche un servizio che, nel corso del tempo, è andato a ridurre il numero di ore erogate (dalle 27 ore del 2001 alle 22 del 2010) (tab. 2). Sebbene questa riduzione si sia stabilizzata, la media di 20 ore totali all'anno è comunque riduttiva e segnala come le cure do-

2 Non sono disponibili dati secondo la classificazione di Cure Domiciliari della Commissione Nazionale per i Livelli Essenziali di Assistenza, che distingue tra servizi di Cure Domiciliari (CD) a carattere sanitario prestazionali, integrate di primo, secondo e terzo livello, e Cure Palliative per malati terminali (Ministero della salute 2006).

3 Le ore di assistenza sommano le prestazioni di infermieri, terapisti della riabilitazione e altri operatori.

miciliari rappresentino un supporto di scarsa intensità per il singolo utente, soprattutto rispetto all'assistenza agli anziani. L'aumento dei servizi ADI sopra presentato è quindi da intendersi come aumento della quota di utenza servita (copertura) a fronte di una riduzione dell'intensità – in altri termini, si è estesa la platea di utenti (equità orizzontale), ma il servizio si è concentrato prevalentemente sulle prestazioni a bassa intensità (equità verticale non raggiunta).

Tabella 2. ADI socio-sanitaria: numero di ore per caso (2001-2010)

	2001	2005	2005	2007	2009	2010
Totale utenza	27	25	23	22	21	22
Utenza 65+	n.d.	n.d.	n.d.	19	19	20

Fonte: Annuario Statistico SSN

Note: n.d. = non disponibile

Sul versante assistenziale, i servizi erogati dai comuni per l'assistenza domiciliare (SAD) rappresentano invece il principale intervento diretto a favore degli anziani con difficoltà nello svolgimento delle attività strumentali della vita quotidiana (le cosiddette IADL). Sulla base dei risultati dell'indagine su *Gli interventi e i servizi sociali dei comuni* dell'Istat (2013b), emerge come, anche per la SAD, le regioni italiane assumano comportamenti e scelte di policy differenti: in tabella 3 sono riportati sia i valori di copertura del servizio per l'utenza anziana, sia la spesa media procapite dei Comuni.

Tabella 3. Copertura e intensità dei servizi di assistenza domiciliare in Italia, SAD (anno 2010)

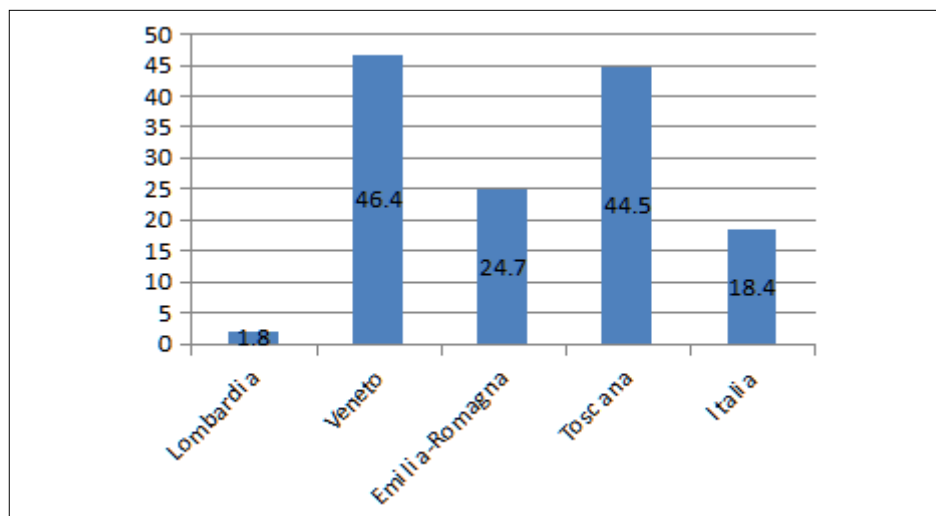
Regioni	Indicatore di presa in carico degli utenti anziani (per 100 persone anziane)	Spesa media per utente anziano
Emilia Romagna	1,4	1.822
Lombardia	1,7	1.826
Toscana	0,8	2.842
Veneto	1,4	1.628
Italia	1,4	2.014

Fonte: elaborazioni su dati Istat (2013b)

Passando ad analizzare le risorse assorbite e investite nell'assistenza domiciliare, il quadro più recente evidenzia una forte variabilità nelle risorse dedicate all'ADI. All'assistenza domiciliare nel 2009 è stato dedicato

l'1,2% della spesa sanitaria nazionale: per quanto minima questa quota, è comunque il risultato di un trend in costante crescita se paragonata agli anni precedenti. I tassi di crescita di questa spesa sono stati eterogenei a livello regionale e locale (Barbabella et al. 2013). Se si analizzano, invece, le esperienze di incontro e di cogestione tra interventi domiciliari di tipo sanitario e sociale, ovvero quante risorse i comuni impiegano per contribuire all'ADI socio-sanitaria, rispetto alla propria spesa per servizi domiciliari (SAD + partecipazione all'ADI) (graf. 2) sono rare le realtà dove gli interventi dei comuni si realizzano in maniera significativa attraverso una partecipazione ai servizi delle ASL. Questo aspetto della cogestione è più marcato in Veneto (dal momento che le ULSS hanno competenze anche per i servizi sociali) e in Toscana (in questo caso si presume sia attribuibile all'esperienza delle Società della Salute quali consorzi pubblici tra ASL e comuni); la situazione prevalente, tuttavia, è quella di interventi domiciliari dei comuni dove la partecipazione all'ADI rappresenta un aspetto decisamente marginale.

Grafico 2. Livello di integrazione tra SAD e ADI: incidenza della spesa dei comuni per l'ADI socio-sanitaria rispetto al totale della spesa per la domiciliarità dei Comuni nell'area anziani (valori percentuali 2009)



Fonte: INRCA 2013; elaborazioni su dati Istat 2012

3.2 Dai dati ai modelli organizzativi: considerazioni sull'integrazione

Il confronto inter-regionale consente di osservare più attentamente i risultati conseguiti da specifiche strategie di policy e come la variabilità dei modelli organizzativi adottati influenzi lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria, nonché di enucleare alcune considerazioni generali.⁴

Anzitutto, il primo dato di evidenza è l'investimento delle politiche regionali nelle cure domiciliari, anche nelle regioni in cui il tasso di copertura e utilizzo dell'ADI è inferiore (Lombardia): questi dati trovano un riscontro negli indirizzi delle riforme in corso verso il rafforzamento delle interventi domiciliari e l'attivazione di strumenti e modelli gestionali finalizzati a promuoverli. In secondo luogo, invece, sebbene a livello processuale i modelli organizzativi adottati dalle regioni siano simili (presenza di un punto unico di accesso, utilizzo di strumenti di valutazione del bisogno, ecc.), come previsto dalla normativa nazionale sui LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) socio-sanitari, si possono riscontrare alcune differenze significative nei modelli organizzativi e nell'interpretazione delle modalità attuative dell'integrazione, ovvero a livello degli strumenti normativi e funzionali messi in campo dalle rispettive scelte di policy. Nel caso lombardo, ad esempio, il modello di separazione tra committenza ed erogazione, determina l'esigenza di spostare il fulcro dell'integrazione nelle regole di sistema, per uniformare e influenzare i comportamenti degli erogatori, che risultano più frammentati e soprattutto non direttamente controllati dal committente (ASL). Il personale che lavora nelle équipe multidisciplinari con il paziente, infatti, dipende, come centro di costo e responsabilità, direttamente dall'erogatore. Non solo, è l'erogatore che definisce il Piano Assistenziale Individuale e propone il profilo di cura, e quindi le risorse, da assegnare, che poi negozierà con l'ASL per il rimborso della prestazione. Il ruolo del MMG e dell'ASL, in questo modello, è secondario, ovvero centrato sulla relazione tra il committente e l'erogatore. È evidente quindi che, in un modello di questo tipo, la riforma dell'ADI del 2011 si sia

4 È necessaria una premessa di metodo: le osservazioni qui sviluppate si basano sulle evidenze descrittive dei flussi amministrativi nazionali, mentre non sono disponibili dati e osservazioni sui comportamenti agiti all'interno delle singole organizzazioni. L'analisi si fonda quindi sul dichiarato e soprattutto su dati aggregati, per cui non viene presa in considerazione la tipologia di prestazioni erogate in funzione di specifici target di utenza. La capacità effettiva e il livello di costo-efficacia dei servizi ADI prestati non possono essere analizzati in modo significativo e comparativo senza prendere in considerazione la tipologia di pazienti e di prestazioni erogate, all'interno di un determinato schema di offerta ADI (primo, secondo o terzo livello, ADO, ecc.). Dal punto di vista organizzativo, inoltre, non sono disponibili dati aggregati sulle professionalità coinvolte nei team multidisciplinari nonché sulla gestione dei percorsi di presa in carico e possibili alternative al percorso seguito, presenti nella rete di offerta locale, che consentirebbe di valutare gli outcome dei servizi ADI rispetto ai bisogni clinici, funzionali e occupazionali dell'utente e il suo livello di soddisfazione e gradimento del piano di cure proposto.

concentrata nel rafforzare la qualità e l'efficienza delle cure domiciliari attraverso l'introduzione di nuove regole di sistema, a livello di governance, per uniformare gli strumenti funzionali, quali: i processi di valutazione del bisogno (l'introduzione della scala di valutazione comune); la standardizzazione dei profili di cura assegnati; il monitoraggio della qualità dei provider, attraverso l'introduzione dell'accreditamento su base regionale. Al contrario, negli altri modelli, l'integrazione si realizza a livello meso, nel rapporto tra ASL e comuni, e micro, nell'organizzazione delle équipes territoriali e distrettuali.

I due modelli organizzativi, più che nei tassi di copertura, si differenziano nella capacità di intercettare la domanda, attraverso il ruolo delle ASL e dei professionisti sul territorio (MMG e specialisti), e nella tipologia di percorsi offerti al paziente in funzione del bisogno. È fondamentale quindi comprendere la variabilità delle strategie di committenza adottate dalle diverse Regioni e l'influenza di queste ultime sull'efficacia dei modelli organizzativi. Il fatto che Regione Lombardia abbia un tasso di copertura inferiore potrebbe quindi essere spiegato in funzione di una minor capacità di intercettazione della domanda, dovuta alla frammentazione del sistema. Di contro, tuttavia, quest'osservazione potrebbe essere smentita dalle variabili introdotte per incentivare gli erogatori: essendo un modello orientato al mercato degli erogatori, questi hanno diversi incentivi a innalzare i livelli di domanda e, quindi, di marginalità retributiva. Il limitato ricorso all'ADI, in questo contesto, potrebbe quindi essere spiegato dalla compresenza di altri servizi di presa in carico delle condizioni croniche e più radicati nella governance del servizio sanitario (come ad esempio il caso del CREG [Chronic Related Group] nel prossimo futuro, cfr. Agnello et al. 2011).

4 Innovare le cure a casa: indicazioni e strategie di policy

L'analisi comparativa dell'ADI è paradigmatica di un intervento di policy per la presa in carico dei soggetti fragili, che dovrebbe tuttavia iscriversi in un programma di politiche e interventi più ampi all'interno del sistema di welfare regionale, atteso che il monte ore dedicato non è sufficiente a intercettare una strategia complessiva – all'ADI, infatti, si affiancano altri servizi, quali la residenzialità diurna temporanea o l'istituzionalizzazione e le forme di sostegno al reddito, come l'indennità di accompagnamento. La discussione svolta in questo contributo, tuttavia, mira a sostenere la necessità di una programmazione strategica e coesa, se l'obiettivo a tendere è quello di governare la domanda assistenziale derivante dall'invecchiamento e dalla cronicizzazione della società. La breve analisi di contesto qui presentata, infatti, ha messo in evidenza come i due fenomeni, invecchiamento e cronicità, siano strettamente correlati e come questi, a loro

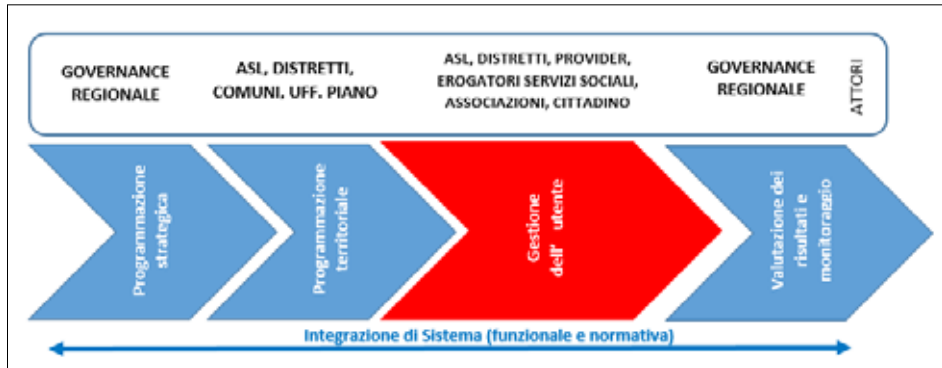
volta, siano interconnessi con le dinamiche sociali ed economiche delle società attuali, sia a monte, come fattori causali indipendenti, sia a valle, come fattori causali dipendenti di situazioni di fragilità sociale.

Nella discussione finale, pertanto, si tenterà di recuperare le istanze teoriche discusse sui modelli di integrazione e la distinzione delle diverse dimensioni di integrazione, per proporre una visione di sintesi delle strategie di policy per le cure a casa, in cui l'ADI è ricompresa. Nello specifico, questa proposta di sintesi si basa su due indicazioni operative. In primo luogo, la necessità di superare nel prossimo futuro la distinzione tra integrazione sanitaria delle cure e integrazione socio-sanitaria, come descritta nella normativa vigente. Sebbene i LEA siano in corso di ridefinizione, è evidente ormai che la distinzione tra le due tipologie prestazionali sia regressiva e non tenga conto di come le condizioni di deprivazione sociale possano indurre la domanda inappropriata di prestazioni sanitarie oppure essere causa dell'insorgere di situazioni di cronicità e disabilità in età relativamente precoci; né d'altro canto consente di attivare meccanismi di prevenzione secondaria attiva delle situazioni di cronicità derivanti dal disagio sociale, in carico all'assistenza sanitaria. In entrambi i casi, tale distinzione inficia la capacità di governo della domanda e l'attivazione di strumenti di prevenzione attiva ed empowerment dell'utente nel percorso di cura (come previsto fin dalla prima formulazione del Chronic Care Model, Wagner 1996b).

Il secondo assunto riguarda invece il ruolo della medicina generale come punto di accesso e snodo nella transizione all'interno del sistema sanitario e assistenziale: promuovere una funzione attiva della medicina di base, attraverso la sua riorganizzazione, rappresenta l'unico strumento funzionale e nodo della rete di offerta in grado di sviluppare una presa in carico olistica e personalizzata, continuativa nel tempo - in sinergia alle funzioni sopra richiamate (Starfield 2002). In questa direzione, verrebbero altresì recuperate le stesse funzioni di sanità pubblica e medicina personalizzata, proprie della vocazione originaria delle cure primarie. Questo punto è una sfida e un traguardo che il sistema sanitario nazionale dovrà affrontare nel prossimo futuro, in linea con quanto sta avvenendo nella maggior parte dei Paesi avanzati.

Da queste due premesse, le indicazioni di policy per innovare le cure a casa come strategia di presa in carico della fragilità possono essere sintetizzate schematicamente nel diagramma di flusso del grafico 3: al centro, si colloca la presa in carico olistica e personalizzata (gestione del paziente) e, agli estremi della progettazione dei percorsi individuali, la funzione di governance regionale, esercitata attraverso la programmazione strategica e il monitoraggio delle politiche. In questo continuum, si possono realizzare delle politiche efficaci di risposta all'emergenza della fragilità, orientate al governo della domanda e all'integrazione della rete d'offerta attraverso la funzione dei percorsi o dei cicli di cura.

Grafico 3. Verso un'integrazione di sistema focalizzata sulla presa in carico personalizzata



5 Dall'integrazione di sistema all'integrazione clinica: governance del percorso

La strategia di integrazione delle cure dovrebbe essere funzionale alla governance del percorso personale, per progettare un sistema di cure che sia al contempo percorribile ed esigibile, in termini di sostenibilità e di garanzie previste dai LEA, da parte dell'utente. A livello di governance regionale, la strategia di integrazione sistemica è funzionale al perseguimento dell'efficacia e dell'efficienza all'interno del sistema, e quindi di accountability rispetto a un problema di policy complesso, come l'emergenza della fragilità e delle cronicità.

In termini attuativi, l'articolazione della governance del percorso esige una funzione connettiva della frammentazione tra attori, setting di cura e istituzioni eterogenee, che è perseguibile attraverso quattro strumenti funzionali: la programmazione strategica, gli strumenti di predittività e governo della domanda, i meccanismi di finanziamento delle prestazioni e i sistemi di valutazione e monitoraggio. Occorre in primo luogo semplificare i processi di programmazione a livello normativo, affinché possano utilizzare attivamente le evidenze derivanti dagli strumenti di predizione della domanda e attivare interventi o meccanismi flessibili in grado di influenzare i comportamenti dei diversi attori. In secondo luogo, il governo della domanda, affinché sia strategico per la programmazione quantitativa e qualitativa dei servizi, dovrà utilizzare al meglio i flussi informativi disponibili e predisporre strumenti in grado di coniugare le informazioni epidemiologiche con quelle sociali. L'utilizzo dei flussi informativi in modo integrato per supportare la programmazione regionale e territoriale è oggi a uno stadio embrionale e non sistematico, anche in presenza di dotazioni tecnologiche all'avanguardia. Questa mancanza impedisce la programmazione non solo sulla domanda espressa, ma al-

tersi sulla capacità di intercettazione della domanda inespressa e sull'attività di prevenzione socio-sanitaria. Un'esperienza italiana di rilievo, in questo senso, è stata realizzata a Ravenna, con il progetto *Mosaico* (cfr. Falasca et al. 2011; Berardo et al. 2011). Infine, terzo punto, gli strumenti di finanziamento e soprattutto le logiche di rimborso dovranno essere coerenti con le politiche di integrazione, attivando una nuova fase di programmazione strategica e integrata, tra le istituzioni sociali e sanitarie, per sviluppare delle funzioni di committenza su base locale. La committenza strategica (programmazione, negoziazione, acquisto, monitoraggio e controllo) dovrà quindi essere rafforzata nel prossimo futuro a livello centrale e locale, come leva per l'integrazione delle cure: il passaggio al 'prendersi cura' del servizio socio-sanitario è implementabile solo a livello decentrato, nella programmazione territoriale all'interno di economie locali di cura.

L'integrazione di sistema si implementa quindi in via prioritaria attraverso l'integrazione funzionale, puntando sulla leve strumentali dei processi di governance. Va qui sottolineato come l'integrazione funzionale non sia sinonimo di standardizzazione del sistema, soprattutto laddove l'obiettivo delle politiche è la presa in carico personalizzata. Al contrario, gli strumenti funzionali devono evitare la rigidità e la burocratizzazione per adattarsi a bisogni contingenti e locali e alimentare un processo di miglioramento continuo. Non solo, le dimensioni strumentali dell'integrazione (funzionali e normativi), come visto sopra (tab. 1), non possono prescindere dal supporto dei professionisti e dalla partecipazione delle comunità disciplinari, quali approcci distintivi alla valutazione del bisogno assistenziale e di cura. In altri termini, gli strumenti di per sé non promuovono l'integrazione (es. i sistemi di valutazione del bisogno o i flussi informativi): affinché la loro adozione sia efficace, è necessario che siano riconosciuti dai professionisti e che questi ultimi ne individuino un'utilità all'interno delle pratiche routinarie. In questo senso, i modelli a erogazione diretta delle cure domiciliare risultano più performanti, perché basati su un continuo scambio interprofessionale, di continuità e prossimità.

A livello organizzativo, infine, non esiste un modello ottimale per l'integrazione: è il contesto locale a determinare il successo tra scelte organizzative adottate e l'adesione collaborativa dei professionisti. La governance centrale, di sistema, dovrebbe pertanto limitarsi a definire gli strumenti funzionali, gli obiettivi e le regole di sistema, ma lasciare alla programmazione locale margini di autonomia per adottare le soluzioni organizzative più idonee, facendo leva sul contesto professionale e culturale. L'ADI rappresenta un caso paradigmatico di eterogeneità su base locale, anche nei contesti più verticali, come il caso lombardo o romagnolo. Le indicazioni della letteratura su questo punto stressano le criticità riscontrate nei tentativi di implementare modelli standard; piuttosto, è

preferibile favorire l'autonomia locale, soprattutto nei casi di integrazione socio-sanitaria, per identificare eventualmente dei servizi o meccanismi specifici di successo da estrapolare e diffondere come esempi di buone pratiche organizzative (Valentijn et al. 2013).

Bibliografia

- Agnello, M.; Bragato, D.; Merlino, L.; Zocchetti, C. (2011). «Una nuova proposta per la cronicità: I CReG». *Tendenze nuove*, 5, pp. 377-398.
- Barbabella, F.; Chiatti, C.; Di Rosa, M.; Pelliccia, L. (2013). «Alcuni profili dell'assistenza nelle regioni». In: N.N.A. (Network Non Autosufficienza) (a cura di), *L'assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia: 4° Rapporto*. Santarcangelo di Romagna: Maggioli. pp. 29-43.
- Berardo, A.; Di Tommaso, F.; Falasca, P.; Longo, F. (2011). «Un sistema informativo socio-sanitario basato su un indice sintetico di fragilità: L'esperienza dell'AUSL di Ravenna». *MECOSAN*, 77, pp. 17-22.
- Falasca, P.; Berardo, A.; Di Tommaso, F. (2011). «Development and Validation of Predictive MoSaiCo (Modello Statistico Combinato) on Emergency Admissions: Can It also Identify Patients at High Risk of Frailty?». *Ann Ist Super Sanità*, 47 (2), pp. 220-228.
- Fulop, N.; Mowlem, A.; Edwards, N. (2005). *Building Integrated Care: Lessons from the UK and elsewhere*. London: NHS Confederation.
- Hotchinson, A.; Saltman, R.B. (eds.). «Home Care across Europe: Current Structure and Future Challenges» [online]. *Observatory Studies Series*, 27, pp. 55-70. Disponibile all'indirizzo http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/181799/e96757.pdf?ua=1 (2015-07-01).
- INRCA (2013). *Rapporto annuale sulla non autosufficienza in Italia Anno 2009*. Agenzia nazionale per l'invecchiamento.
- Istat (2013a). *Banca dati di indicatori territoriali per le politiche di sviluppo*. Istituto Nazionale di Statistica, Roma. Disponibile all'indirizzo <http://www.istat.it/it/archivio/16777> (2015-07-01).
- Istat (2013b). *Gli interventi e i servizi sociali dei comuni singoli e associati: Anno 2010*. Istituto Nazionale di Statistica, Roma.
- Ministero della Salute (2013). *Attività gestionali ed economiche delle ASL e aziende ospedaliere: Annuario statistico del servizio sanitario nazionale: Anno 2010*. Ministero della Salute, Roma.
- Starfield, B.; Shi, L.; Macinko, J. (2005). «Contribution of Primary Care to Health Systems and Health». *Milbank Quarterly*, 83 (3), pp. 457-502.
- Starfield, B. (2011). «Is Patient-centered Care the Same as Person-focused Care?». *The Permanente Journal*, 15 (2), pp. 63-69.
- Starfield, B.; Shi, L. (2002). «Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective». *Health Policy*, 60 (30), pp. 201-218.

- Valentijn, P; Schepman, S; Opheij, W, Bruijnzeels M. (2013). «Understanding Integrated Care: A Comprehensive Conceptual Framework Based on the Integrative Functions of Primary Care». *International Journal of Integrated Care*. Disponibile all'indirizzo <http://www.ijic.org> (2015-07-01).
- Wagner, E.H.; Austin, B.T.; von Korff, M. (1996a). «Organizing Care for Patients with Chronic Illness». *Milbank Quarterly*, 74, pp. 511- 544.
- Wagner, E.H.; Austin, B.T.; von Korff, M. (1996b). «Improving Outcomes in Chronic Illness». *Managed Care Quarterly*, 4, pp.12- 25.

Riannodando i fili...

Un'analisi sociologica della Casa contro la violenza alle Donne di Modena

Nadia Lodi

Abstract The impact and the incidence of the phenomenon of violence to the detriment of women in the territory of Modena are analysed. Concurrently, the main aspects of the approach of support and treatment enacted by the operators of the centre are underlined and the possible, suitable tools to sustain a cultural evolution of women identified. The quantitative and qualitative methodologies adopted (case-studies, trend analysis, 'life-stories', support interviews) have enabled to focus on several aspects of the problem: the person culpable of the violence, the reconstruction of the victim's 'self', the effects produced by violence on the children who were present. The investigation has led the operators to deepen and strengthen the methodological aspects: they availed themselves of new technologies in order to support a more efficient and effective spread of the information in the social field.

Sommario 1. Introduzione. – 2. Violenza assistita intra-familiare. – 3. Un percorso sperimentale al maschile. – 4. L'esperienza sul campo. – 5. I risultati di un case study. – 6. Propositi di co-progettualità: emersione e prevenzione del fenomeno violenza. – 7. Considerazioni conclusive.

Keywords Violence. Women. Education.

1 Introduzione

La famiglia moderna è particolarmente predisposta a essere teatro di conflitti generazionali e di ruolo e diventa il 'luogo' dove sfogare le tensioni accumulate sia al di fuori che in ambito domestico. I conflitti di ruolo nella coppia sono tra le cause principali dei contrasti relazionali e diverse sono le tipologie di tali conflitti. L'antagonismo relazionale si può tradurre in aggressione e violenza, prevaricazione, lesione dell'integrità e della libertà, oppure può divenire occasione di crescita, confronto, mediazione e negoziazione. La violenza può essere considerata come uno dei modi con cui i due partner possono trattare e risolvere il conflitto. Attualmente, la ricerca sulla violenza domestica ha dato largo spazio a due diversi approcci teorici. La prima prospettiva è quella della cosiddetta 'violenza familiare', la seconda è quella del 'filone femminista'. L'approccio della 'violenza familiare' privilegia variabili causali di tipo socio-strutturale-demografico, che agirebbero allo stesso modo su uomini e donne. Le caratteristiche

dell'approccio femminista sono identificate nel rapporto tra 'genere' e 'potere' e in particolare nella volontà da parte del genere maschile di conservare i privilegi tipici della società patriarcale, minacciati dall'avvenuta emancipazione del genere femminile. Nelle indagini sulla violenza di coppia dovrebbe essere individuato un modello integrato, tenendo conto dei principali approcci teorici esistenti (di family violence e femminista) e facendo parziale riferimento a modelli che presuppongono connessioni tra caratteristiche di coppia, dinamiche familiari, variabili socio-demografiche e variabili socio-lavorative (Callà 2011).

2 Violenza assistita intra-familiare

Analizzando il conflitto nella coppia, è opportuno soffermarsi sulla tipologia di violenza subita dalle donne che si presentano presso il Centro Antiviolenza. Per 'violenza assistita intra-familiare' si intendono, così come enunciato dal Cismai (Coordinamento Italiano dei Servizi contro l'abuso all'Infanzia e contro il Maltrattamento):

gli atti di violenza fisica, verbale, sessuale ed economica compiuti su figure di riferimento o su altre figure effettivamente significative, di cui il/la bambino/a può fare esperienza direttamente, e/o percependone gli effetti (1999).

In particolare, può delinearsi quale violenza di tipo 'assistito' la situazione in cui i figli sono presenti quando la madre viene insultata o picchiata: tutto ciò può produrre sui bambini forti ripercussioni, anche future. Le operatrici del Centro ritengono che più l'identificazione della donna con il ruolo di moglie e madre è grande e il progetto di vita della donna coincide con l'unità familiare, più aumenta la difficoltà di accettare una separazione. Infatti, tale evento viene vissuto spesso come il fallimento di se stesse e della propria vita. La metodologia del Centro Antiviolenza di Modena presuppone che si stia dalla parte della donna, sostenendola, accompagnandola in un percorso che viene definito, dalle stesse operatrici, di 'ri-significazione'.

3 Un percorso sperimentale al maschile

Occorre chiedersi come aiutare gli uomini a non rivendicare un'affermazione esclusivamente viriloide sulle donne, ma a impegnarsi, piuttosto, responsabilmente nello sviluppo di una piena soggettività antropologica. Il percorso sperimentale denominato LDV, Liberiamoci dalla violenza, Centro di accompagnamento al cambiamento per uomini, attivato dall'Azienda USL

di Modena a partire dal dicembre 2011, tende ad andare in questa direzione: la riflessione di uomini, che discutono il significato della propria appartenenza di genere, rappresenta nel nostro Paese un fenomeno recente.

4 L'esperienza sul campo

Il percorso di stage, che la sottoscritta ha attivato presso la Casa delle Donne contro la Violenza ONLUS di Modena, ha permesso di accostarsi alla tematica della 'violenza contro la donna', attraverso un duplice approccio: formativo e di 'osservazione partecipante' (cfr. il meta-dialogo in Cipolla 1997). L'analisi ha pertanto assunto la forma di osservazione documentaria (archivio pubblico e documenti ufficiali, archivio privato, statistiche, documentazione tecnica, iconografica e fonetica), di osservazione diretta intensiva (interviste, test per la valutazione degli atteggiamenti) e di osservazione partecipante (in lavori di gruppo). Gli strumenti e tecniche di rilevazione adottate nel corso dell'esperienza sul campo sono stati:

- analisi di materiale documentale prodotto dal Centro: monografie;- consultazione di dossier individuali e/o cartelle di accoglienza (riferite alle donne vittime di violenza);
- ascolto come strumento in grado di costruire 'situazioni di osservazione': 'colloqui personalizzati', 'sportello di accoglienza', focus group e 'storie di vita';
- esercitazioni e 'simulate' relativamente al 'fare accoglienza alle donne maltrattate';
- registrazione e/o fissazione di sequenze di comportamenti in grado di fermare l'azione così da permettere la lettura 'in differita' del materiale raccolto e/o prodotto.

Le interviste hanno riguardato alcuni testimoni privilegiati, reperiti in area modenese, 'elementi chiave' e figure rappresentative nel percorso di sensibilizzazione e prevenzione del fenomeno della violenza contro la donna (Cipolla 1988). La vicepresidente e fondatrice della Casa delle Donne contro la violenza mostra una particolare attenzione ai percorsi formativi e informativi, rivolti ai giovani delle Scuole del territorio al fine di educarli a una cultura rispettosa della Differenza. Altro aspetto sottolineato è il coinvolgimento in gruppi delle donne accolte e ospitate nelle Case rifugio quale modalità operativa nell'ambito dei progetti concordati.

5 I risultati di un case study

Le donne accolte, spesso così diverse, sono però accomunate da intenti condivisi, quali il bisogno di informazioni utili al loro percorso e/o sostegno, la necessità e il desiderio di trovare una propria ridefinita identità, il

recupero della dignità perduta. L'interpolazione di fonti disparate, i focus group, le 'storie di vita' hanno permesso di mettere a confronto i risultati e di intrecciare le risposte diverse date a domande centrali:

- Che cosa chiede la persona accolta?
- La donna ha tentato o fatto qualcosa per risolvere il problema?
- Il Centro è il luogo adeguato per far fronte alle domande della donna?
- Vi è una situazione di rischio per la donna?
- La donna ne è consapevole?
- Risulta confermata la diversa percezione di violenza che hanno le donne straniere rispetto alle italiane?

La metodologia di ricerca quantitativa concepita per lo studio del fenomeno ha focalizzato l'attenzione sull'autore della violenza. La scelta di circoscrivere i dati su tale soggetto rientra nel desiderio di scoprire ulteriori approcci, andando al di là degli stereotipi, e nell'intento di responsabilizzare l'uomo. Il Centro Antiviolenza di Modena, in cui si è svolto lo stage, pur privilegiando l'ottica femminile e l'aiuto alla donna, si è prefisso, nell'elaborazione dei contenuti della 'Scheda di accoglienza', di considerare anche una parte dedicata all'autore della violenza e alla valutazione del rischio.

Le trasformazioni sociali e lavorative hanno contribuito a intaccare la supremazia sociale e simbolica della figura maschile (Bellassai 2011). Le nuove generazioni di donne hanno maggiori opportunità e strumenti per riflettere sulla progressiva lacerazione tra 'appartenenza di genere' e 'ruolo di genere'; tuttavia il cambiamento epocale in atto trova uomini e donne fortemente impreparati. La presentazione di alcuni dati statistici relativi agli anni 2010/2011 consente di tracciare un primo 'identikit dell'autore di violenza', secondo quanto indicato nella formulazione di scheda utilizzata dalle operatrici.

Tabella 1. Identikit dell'autore di violenza

Caratteristiche	2010	2011
Cittadinanza italiana	48,70%	40,90%
Permesso di soggiorno (se straniero)	36,36%	22,07%
Fascia di età sino a 40 anni	25,32%	16,23%
Occupato	61,10%	42,85%
Vive prevalentemente 'in casa con la donna'	56,49%	40,90%

Tale tipologia di profilo dell'autore di violenza può essere avvalorata anche dai risultati 2010¹ presentati dall'associazione Gruppo Donne e Giustizia di

¹ Pubblicazione risultati 2010 prodotta dall'associazione Gruppo Donne e Giustizia di Modena che collabora con il Centro Antiviolenza dell'Associazione Casa delle Donne ONLUS di Modena.

Modena. Dagli stessi emerge che il maggior responsabile delle sofferenze delle donne, in tutti i periodi di tempo considerati, è il partner o l'ex partner, sia esso coniuge, convivente o fidanzato (complessivamente 82%).

Nella proposta, da parte delle operatrici, di partecipare alle 'esercitazioni e simulate' relativamente al 'fare accoglienza alle donne maltrattate' è emerso l'approccio sociologico delle storie di vita nello studio della violenza alle donne. L'approccio biografico può essere utilizzato per valorizzare gli aspetti soggettivi di una narrazione (avvicinandosi così alla psicologia) oppure quelli oggettivi, relativi all'analisi del contesto. Le 'storie di vita' rappresentano uno strumento per la raccolta di dati qualitativi, complementare alla tecnica dei focus group. Attraverso i dati ottenuti con le storie di vita s'intende infatti analizzare alcuni aspetti ritenuti importanti nella situazione di violenza, privilegiando però la dimensione individuale rispetto a quella di gruppo e favorendo l'analisi soggettiva e in profondità piuttosto che l'individuazione degli elementi che costituiscono le rappresentazioni sociali. L'approccio di rete travalica i confini dell'analisi del caso in sé (il singolo soggetto che vive una situazione di marginalità), per concentrarsi invece sul singolo e sul contesto nel quale vive. Focalizzando la tematica scelta, il percorso della donna in stato di disagio e/o violenza, andrà a individuare:

- a. se la donna si percepisce come vittima (storia, danni subiti);
- b. come si rappresenta e come percepisce colui che le ha usato violenza;
- c. se la vittima si attribuisce diritti come donna e se si aspetta giustizia, da chi e come;
- d. le relazioni femminili significative, la gestione della rabbia e la percezione del proprio potere, il passaggio all'antagonismo;
- e. i livelli di protagonismo (consapevolezza, coscienza, conoscenza, desideri, obiettivi, ecc.).

L'analisi di tali aspetti risente positivamente dell'approccio biografico, che connette la dimensione dell'esperienza individuale con i vincoli e le risorse del contesto socio-culturale, attraverso la valorizzazione della dimensione temporale. Tale approccio risulta in grado di render conto dei cambiamenti di prospettiva e degli atteggiamenti della donna.

Da quando ci siamo messi insieme ho notato subito che lui aveva ogni tanto degli attacchi di rabbia e mi arrivavano schiaffi ed insulti [...]. Ieri mi ha picchiata di nuovo [...]. Questa volta ho deciso di andare al pronto soccorso e dopo sono stata in questura per fare la denuncia.²

2 Milena, s.d., s. n.: testimonianza raccolta e conservata presso la Casa delle Donne contro la Violenza di Modena (documento utilizzato per il Corso di formazione per volontarie per la prima accoglienza, marzo-maggio 2012).

Per uscire dai maltrattamenti, le donne devono prendere coscienza di avere bisogno di chiedere aiuto, e di poter decidere di farlo. Nel descrivere ciò che hanno trovato al Centro molte donne parlano di accoglienza, attenzione e ascolto. Sono tutti ingredienti validi per instaurare una relazione di fiducia, intesa come una forma di capitale sociale che può esistere soltanto in quelle relazioni basate sul reciproco riconoscimento, primo passo verso un eventuale cambiamento.

Il lavoro di sostegno alle donne vittime di violenza risulta sempre messo in opera secondo una condivisa 'metodologia di accoglienza' basata su un 'ascolto partecipato non giudicante' (Creazzo 2010, p. 215). Il conflitto – così come asserisce un'operatrice del Centro – «diviene qualcosa che unisce anziché allontanare, uno strumento che si può tentare di gestire» (p. 151). La partecipazione da parte di chi scrive ai gruppi di lavoro delle operatrici del Centro ha permesso di evidenziare, attraverso tecniche di brainstorming, la creazione (raccolta, organizzazione e valutazione) delle idee individuali e lo sviluppo di 'beni relazionali' (Donati 1991). Tra gli argomenti trattati: cosa s'intende per accoglienza e counselling, tipi di percorso, quando e come si attiva la 'presa in carico' della persona accolta, possibili indicatori di organizzazione e valutazione del percorso di accoglienza.

6 Propositi di co-progettualità: emersione e prevenzione del fenomeno violenza

Alla luce delle considerazioni di cui sopra e dei risultati delle indagini, studi e ricerche effettuate, è oramai diffusa la consapevolezza che la soluzione per arginare il fenomeno non risieda unicamente nella repressione, bensì anche nella promozione e diffusione di una cultura dell'equità, parità, solidarietà e rispetto della Differenza. È necessario cominciare dalla scuola per attuare una strategia di prevenzione primaria, che possa contribuire a far maturare nei giovani una coscienza critica. In tale prospettiva si inserisce l'obiettivo generale del progetto Break! Spezza il silenzio... (riannodare i fili contro la violenza alle donne). L'intento è quello di promuovere nei giovani, con il coinvolgimento di genitori e insegnanti, la capacità di costruire relazioni positive e attivare comportamenti pro-sociali. Allo scopo possono essere adottate tecniche specifiche (come ad esempio la *peer education* (Pellai, Rinaldin, Tamborini 2002) per prevenire tutti quei comportamenti aggressivi, individuali e di gruppo, da cui si generano episodi di vandalismo, bullismo e razzismo. Un'ultima considerazione di sintesi va al concetto di 'progettazione sociale', intesa quale alleanza di rete fra diversi attori sociali e mirata alla promozione di un'azione condivisa. Nel nostro caso, al fine di attivare un buon sistema relazionale atto a generare alleanze tra servizi pubblici, famiglie e privato-sociale, si potrebbe

focalizzare l'attenzione dal trattamento del singolo (bisogno della vittima di violenza), ad un lavoro di promozione del livello di qualità di vita dei cittadini. Cogliendo il senso di una nuova progettualità, i giovani che frequentano le scuole territoriali potrebbero diventare loro stessi protagonisti e risorsa per la comunità.

7 Considerazioni conclusive

Gli aspetti innovativi che emergono dal presente lavoro sono rappresentati sia dall'utilizzo delle nuove tecnologie per la raccolta dati (Moruzzi, Maturo A. 2003) anche in ambito sociale sia, e soprattutto, dal coinvolgimento dell'uomo in percorsi formativi finalizzati a responsabilità, rispetto, affettività e reciprocità. Il percorso empirico realizzato si è focalizzato sull'individuazione di modelli d'intervento in logica comparata: azioni di recupero degli autori di violenza in area modenese; considerazione del fenomeno di 'violenza assistita intra-familiare', agito sui figli.

L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) afferma che

quando la violenza è commessa dalle donne, essa è frutto prevalentemente di un'autodifesa rispetto alle aggressioni degli uomini.³

Il processo di emancipazione della donna (Ardigò, Cipolla 1985) ha sancito l'uguaglianza di diritti tra uomini e donne e la necessità di pari opportunità. Le donne delle nuove generazioni avrebbero interiorizzato il fatto che forse non sono più il 'sesso debole', come avveniva in passato: si sono pienamente inserite nel campo lavorativo e ciò ha causato una profonda crisi identitaria maschile, tuttora irrisolta a livello collettivo, solo a tratti verbalizzata e resa conscia a livello individuale (Deriu 2006). Soprattutto, né gli uomini né le donne hanno ancora elaborato un'idea precisa dei loro nuovi ruoli di genere, creando disequilibrio e disarmonia nella coppia. La sfida che si ha davanti è quella di poter pensare in futuro a una cultura del confronto e rispetto della Differenza (Ravasi 2012), con interventi educativi, a 'cominciare dalla scuola' (Musi 2008), mirati al benessere delle nuove generazioni. Si auspicano azioni concrete e incisive da parte delle istituzioni, considerati anche i significativi costi, diretti e indiretti, attribuibili alla violenza.

3 Si veda anche Krug 2002.

Bibliografia

- Ardigò, A.; Cipolla, C. (1985). *Le bancarie: Lavoro, strategie emancipative, partecipazione e qualità della vita delle impiegate degli istituti di credito italiani*. Milano: FrancoAngeli.
- Bellassai, S. (2011). *L'invenzione della virilità: Politica e immaginario maschile nell'Italia contemporanea*. Milano: Feltrinelli.
- Callà, R.M. (2011). *Conflitto e violenza nella coppia*. Milano: FrancoAngeli.
- Cipolla, C. (1988). *Teoria della metodologia sociologica: Una metodologia integrata per la ricerca sociale*. Milano: FrancoAngeli.
- Cipolla, C. (1990). *Oltre il soggetto per il soggetto: Due saggi sul metodo fenomenologico e sull'approccio biografico*. Milano: FrancoAngeli.
- Cipolla, C. (1997). «Qualità/quantità» s.v. In: *Epistemologia della tolleranza*, 5 voll. Milano: FrancoAngeli.
- Creazzo, G. (a cura di) (2011). *Affrontare la violenza alle radici: 15 anni di storia della Casa delle Donne contro la Violenza di Modena*. Bologna: Editografica.
- Deriu, M. (2006). «La violenza maschile». *Via Dogana*, 78, pp. 21-23.
- Donati, P. (1991). *Teoria relazionale della società*. Milano: FrancoAngeli.
- Krug, E.G. (2002). «Violenza e salute nel mondo: Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Sanità». Quaderni di sanità pubblica.
- Moruzzi, M.; Maturo, A. (a cura di) (2003). «e-Care e Salute». *Salute e Società*, 2 (3).
- Musi, E. (2008). *Non è sempre la solita storia: Interrogare la tradizione, dar voce alla differenza di genere nelle pratiche educative*. Milano: FrancoAngeli.
- Pellai, A.; Rinaldin, V.; Tamborini, B. (2002). *Educazione tra pari: Manuale teorico-pratico di Empowered Peer Education*. Trento: Erickson.
- Ravasi, G. (2012). «Genere e reciprocità». *Prospettiva Persona*, 21 (80), pp. 46-49.

La costruzione della cultura della prevenzione in preadolescenza e adolescenza

Tiziana Mangarella

Abstract The way culture of prevention is structured among pre-adolescents and adolescents is explored, drawing attention to gender differences about the perception of health needs and risk behaviours. The focal point is on the risk areas which involves mostly the females, although these are not their exclusive prerogative: the sphere of sexual health (contraception, prevention of sexually transmitted infections, abortions) and the field of eating disorders. Through the implementation of focus groups, it has been possible to understand the stance of preteens and teenagers (boys and girls divided by age, living in socially mixed urban areas) in the city of Bari. Strong gender stereotypes have emerged: they affected both sexes and are potentially related to concrete risk, as far as the perception of the body, the stories referring to gender relationships and the way they live sexuality are concerned.

Sommario 1. Premessa e nota metodologica. – 2. Introduzione. – 3. La percezione della salute e i comportamenti a rischio in adolescenza. – 4. Fare prevenzione. – 5. Le differenze di genere. – 6. La percezione corporea e i disturbi del comportamento alimentare. – 7. Le malattie sessualmente trasmissibili e le gravidanze indesiderate. – 8. Il punto di vista dei testimoni privilegiati. – 9. Il punto di vista di ragazze e ragazzi.

Keywords Adolescence. Risk. Gender.

1 Premessa e nota metodologica

Il presente lavoro esplora il modo in cui viene a strutturarsi la cultura della prevenzione tra preadolescenti e adolescenti, rilevando eventuali differenze di genere riguardo alla percezione del concetto di salute e all'assunzione di comportamenti a rischio. L'analisi intende offrire spunti di riflessione su come si possano potenziare i fattori protettivi favorendo sinergie tra servizi socio-sanitari e agenzie educative, quali luoghi strategici di promozione della salute.

Con riferimento alla letteratura sull'argomento, attraverso l'analisi di fonti documentali secondarie, sono state prese in considerazione quelle aree di rischio che investono maggiormente la componente femminile, pur non essendone esclusivo appannaggio:

- area della salute sessuale, contraccezione, prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili (MST) e delle gravidanze indesiderate

- area della percezione corporea e dei disturbi del comportamento alimentare.

Il quadro teorico è stato arricchito da un'indagine esplorativa di taglio qualitativo, attraverso una rilevazione sul campo effettuata nella città di Bari:

- sono state rilevate le opinioni di alcuni testimoni privilegiati, che esprimono un punto di vista autorevole su tali fenomeni, tracciando ipotesi di lavoro, per favorire la costruzione di una cultura della prevenzione nel territorio di riferimento;
- è stato raccolto il punto di vista di preadolescenti e adolescenti (ragazzi e ragazze, suddivisi per sesso e fasce d'età, di aree urbane a composizione sociale mista), mediante la realizzazione di 7 focus group realizzati presso tre scuole superiori e una media inferiore. Il nucleo centrale di interviste è stato realizzato con ragazze della fascia 14-17 anni (per un totale di 52 partecipanti, divise in 4 sottogruppi), a cui si sono aggiunti 3 gruppi più ridotti (per un totale di altri 28 partecipanti), che hanno visto coinvolti ragazzi delle fasce 12-13 e 16-17 anni e ragazze della fascia 12-13 anni.

2 Introduzione

Il concetto di salute è molto ampio e, nella definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, non viene identificato solo nell'assenza di malattia, ma rimanda a uno 'stato di completo benessere fisico, psichico e sociale'.

Ai fini della comprensione dei meccanismi di determinazione dello stato di salute, occorre tenere conto della coesistenza di più fattori e della loro interconnessione, in una prospettiva multidimensionale.

I determinanti più potenti della salute devono essere ricercati nelle condizioni sociali, economiche e culturali di una popolazione [...] e nel capitale sociale (Clemente 2012).

È ormai noto che l'adozione precoce di stili di vita sani è fortemente correlata alla prevenzione dell'insorgenza di malattie cronico-degenerative in età adulta. Numerosi studi epidemiologici sostengono che un individuo che ha avuto uno stile di vita sano nell'infanzia e nell'adolescenza avrà maggiori *chances* di mantenersi in salute nelle successive fasi di vita, con vantaggi per sé e per il Sistema Sanitario. La costruzione di una cultura della prevenzione costituisce dunque un fattore protettivo, favorendo una significativa riduzione dei costi umani (oltre che economici) conseguenti a possibili cronicizzazioni o a danni permanenti.

3 La percezione della salute e i comportamenti a rischio in adolescenza

L'adolescenza è descrivibile come la fase del ciclo di vita in cui l'individuo acquisisce le competenze e i requisiti per assumere le responsabilità di adulto (Palmonari 1993; Maggiolini, Pietropolli Charmet 2004). Diversi approcci teorici sul tema dell'identità e i risultati di ricerche empiriche concordano nell'attribuire all'adolescenza

momenti, più o meno prolungati, di esplorazione/crisi che possono rivolgersi, o meno, a seconda dell'orientamento assunto dalla costellazione delle forze in gioco, nella costruzione di una componente rilevante dell'identità del soggetto (Palmonari 1993).

Essa rappresenta la fase del ciclo di vita in cui

il bisogno di rischiare, inteso come assunzione di rischi in termini comportamentali, si esprime con particolare intensità e si manifesta tramite numerosi comportamenti di sperimentazione che fanno parte dei normali processi di sviluppo. Si tratta di condotte che consentono all'adolescente di mettere alla prova le proprie abilità e competenze (Malagoli Togliatti 2004).

La letteratura specialistica evidenzia come l'assunzione del rischio sia in qualche modo 'funzionale' al fronteggiamento dei compiti di sviluppo (Caprara, Fonzi 2000), sia per quello che concerne lo sviluppo dell'identità del soggetto (Palmonari 1993, 2001), sia ai fini della sua visibilità, accettazione e desiderabilità sociale. Ciò avviene «in relazione al differente sviluppo delle capacità individuali e alle diverse opportunità offerte dal contesto sociale», motivo per cui alcuni adolescenti sono più esposti al rischio di altri (Bonino et al. 2003). Tali comportamenti (abuso di alcol e tabacco, uso di sostanze, sessualità precoce rispetto al calendario sociale, ecc.) sono tesi all'affermazione e alla sperimentazione di sé - mediante differenziazione e opposizione, trasgressione, sfida, ricerca di una soluzione emotiva immediata, esplorazione dei limiti - ma anche alla costruzione di una 'reputazione' che consenta di essere riconosciuti dal gruppo dei pari. Il rischio per la salute può essere immediato, come nel caso della guida pericolosa, prima causa di morte in età adolescenziale, oppure posticipato, come nel caso delle malattie sessualmente trasmissibili o di quelle correlate all'alcol-dipendenza e all'uso di sostanze. Altri comportamenti possono investire in maniera più marcata aspetti psicosociali, costituendo eventi-svolta nella vita dell'individuo, con effetti e/o danni a lungo termine (si pensi alle gravidanze precoci o alle vittime di bullismo).

Un ottimismo irrealistico e un'alterata percezione del self-control spes-

so sono alla base dell'adozione di comportamenti a rischio. Gli adolescenti sono il più delle volte consapevoli del pericolo sotteso, ma solitamente tendono a «sottostimare la probabilità delle conseguenze negative, in quanto non ritengono che tali eventi possano capitare a loro» (Malagoli Togliatti 2004). Secondo Bonino, l'assunzione del rischio si lega a modalità di *coping* e/o fuga, ovvero, strategie socio-cognitive che permettono di far fronte in modo adattivo alle difficoltà e ai problemi personali e relazionali della vita quotidiana. Emerge in modo chiaro la funzione del gruppo dei pari: da una parte, l'approvazione è decisiva soprattutto nella fase iniziale, quando si intraprende il comportamento a rischio; dall'altra, si rileva un meccanismo di rafforzamento della propria identità nell'assumere abitudini diffuse nel gruppo, segno distintivo di appartenenza (Bonino 2003).

Studi recenti mostrano come la percezione del proprio bisogno di salute e l'assunzione di comportamenti a rischio in adolescenza siano determinate da fattori sia soggettivi sia di contesto. Comprendere i determinanti di questi comportamenti – accettazione e riti di 'iniziazione' nel gruppo dei pari, capitale culturale e status socio-economico della famiglia, atteggiamento relazionale degli insegnanti e della scuola – è fondamentale ai fini della promozione della salute.

Nello *Studio HBSC-Italia (Health Behaviour in School-aged Children): Rapporto sui dati 2010* dell'Istituto Superiore di Sanità (Cavallo et al. 2013), vengono evidenziate alcune significative correlazioni. Il primo aspetto esplorato è quello delle *relazioni intra-familiari*. La comunicazione genitori-figli, come è noto, risulta essere un fattore protettivo ed è associata a comportamenti di salute tra gli adolescenti. Viceversa, relazioni difficili con i genitori sono associate a maggiori probabilità di scarsa autostima, problemi scolastici, insoddisfazione riguardo alla propria immagine corporea, consumo di sostanze, sviluppo di sintomi depressivi, comportamenti antisociali. Anche l'*ambiente scolastico* rappresenta una dimensione centrale, in quanto spazio relazionale. Il benessere psicosociale di ragazzi e ragazze può essere promosso o ostacolato dal clima sperimentato nel corso dell'esperienza scolastica. L'altra dimensione esplorata nella ricerca è la *posizione socio-economica* della famiglia di origine. Lo studio evidenzia come

adolescenti che vivono in famiglie con un basso status socio-economico così come in un ambiente sociale povero e svantaggiato tendano, generalmente, ad adottare uno stile di vita poco salutare (Cavallo et al. 2013).

C'è una correlazione tra condizioni di svantaggio e di povertà delle famiglie e l'adattamento psicosociale dei ragazzi, sia per l'esposizione ad eventi stressanti e relazioni conflittuali, sia per aspetti legati allo svantaggio socio-culturale del contesto di residenza (il quartiere).

In un approfondimento ulteriore viene esplorata la relazione tra il *capitale sociale*, il livello di benessere familiare, la messa in atto di comportamenti a rischio e lo stato di salute percepito in adolescenza, evidenziando come

bassi livelli di benessere economico familiare, minori livelli di capitale sociale e una maggiore messa in atto di comportamenti a rischio siano associati a una peggiore percezione del proprio stato di salute («La percezione dello stato di salute» 2011).

La percezione di salute è influenzata dallo status socio-economico individuale e dal capitale sociale nella comunità di residenza, laddove il primo si riferisce a una serie di indicatori individuali, quali il reddito, il grado di istruzione, la posizione lavorativa, il benessere economico, e il secondo descrive la quantità di risorse di un individuo ottenute dalle relazioni sociali instaurate nei contesti di vita.

Diversi autori riferiscono evidenze sul fatto che i rischi tendano a sommarsi, producendo un aumento della vulnerabilità complessiva. Al contrario, i fattori protettivi possono ridurre direttamente gli effetti del rischio, favorire le competenze e rafforzare l'individuo nei confronti delle avversità, consolidando la sua capacità di resilienza. Secondo Hendry e Kloep (2003), lo sviluppo può essere concepito come cumulo di abilità e risorse derivanti dal successo ottenuto nell'affrontare le sfide. Altri ritengono che i fattori di rischio e i fattori protettivi (Rutter 1987) siano il risultato dell'intreccio di variabili individuali, familiari, educative e sociali, con configurazioni complesse, in cui gli elementi interagiscono in modo dinamico.

4 Fare prevenzione

Fare prevenzione con preadolescenti e adolescenti implica l'assunzione di un'ottica sistemica, che consenta di intervenire precocemente e costruire una 'cultura della salute' in tutti gli ambienti di vita significativi, fornendo strumenti per leggere criticamente gli input negativi sui quali non si può esercitare un 'controllo' diretto. Si pensi, ad esempio, a tutto ciò che concerne la cosiddetta socializzazione orizzontale e in particolare il rapporto con i pari e con i new media. Gli adolescenti sono soggetti sociali e culturali e il loro approccio alla realtà nasce dall'interazione continua con l'evolversi della società e della cultura.

È importante per un educatore leggere questi cambiamenti, queste trasformazioni, ed educare a leggere le trasformazioni e i cambiamenti affinché i giovani siano cittadini coscienti e responsabili [...]. La via della prevenzione è dare al ragazzo gli strumenti perché sia in grado di

leggere la realtà con la sua testa [...]. Non lavorare per la prevenzione *da* ma per la promozione *di*, educando gli stessi ragazzi a diventare 'trasmettitori' tra pari, moltiplicatori (Ciotti 2005).

Perché ciò sia possibile, è necessario che le agenzie educative, le istituzioni, i servizi e il territorio dialoghino, condividendo obiettivi e linguaggi: occorre lavorare

per creare o rafforzare dei legami, creare integrazione o opportunità strutturali di comunicazione tra entità (persone, enti, risorse) distinte, ma che possono convergere o riannodarsi verso un'azione o tensione condivisa (Folgheraiter 1995).

Nella prevenzione di alcune problematiche - come ad esempio l'uso/abuso di sostanze - può risultare utile coinvolgere soggetti che, pur non avendo una specifica competenza sociale o sanitaria (ad esempio, gestori di locali e discoteche, istruttori sportivi, animatori, ecc.), siano in grado di interfacciarsi con gli adolescenti e, opportunamente formati, possano produrre effetti moltiplicatori delle azioni preventive, operando una sensibilizzazione e promuovendo salute e benessere (Leone, Celata 2006).

Un aspetto di fondamentale importanza attiene alla scelta del metodo di intervento. In generale, è preferibile adottare metodologie che favoriscano la costruzione di competenze relazionali e trasversali, piuttosto che ricorrere alla mera informazione. Ad esempio, informare rispetto ai rischi connessi all'uso di sostanze e agli effetti fisici e psichici può risultare non solo inefficace, ma addirittura controproducente, se non si lavora anche sugli aspetti di contesto e su un'alfabetizzazione emotiva.

Dall'analisi di alcune buone prassi, si è evidenziato come siano risultati più efficaci interventi non generici, ma specificamente progettati, che tenessero conto delle caratteristiche specifiche - età, genere, appartenenza etnica e culturale, livelli di coinvolgimento nel rischio degli adolescenti rilevati prima dell'intervento, ecc. - e dei target a cui sono stati indirizzati (Kelly et al. 2005; Kirby et al. 2007). In particolare, l'età sembra essere un aspetto determinante nella differenziazione degli interventi (Kelly et al. 2005), sia in relazione al livello cognitivo raggiunto, sia per i bisogni espressi e i significati attribuiti. Ancora, la fascia d'età è una discriminante importante rispetto all'opportunità di intervenire prima che il comportamento a rischio possa manifestarsi: lavorare già nella fase della preadolescenza (11-14 anni) consente di implementare alcune abilità sociali, quali la capacità di resistere alla pressione sociale. Anche l'appartenenza di genere, come l'età, costituisce una variabile strutturale della cosiddetta socializzazione primaria - da intendersi come apprendimento del ruolo sociale - e va presa in considerazione nella strutturazione degli interventi, proprio in relazione ad alcune aspettative legate ai ruoli di genere che vanno destrutturate.

5 Le differenze di genere

Il genere può essere definito come un costrutto sociale. È attraverso l'interiorizzazione di quelle che sono le aspettative sociali, nella cornice di un processo socio-culturale e relazionale, che persone di sesso maschile e femminile rientrano nelle categorie di uomini e donne. I ruoli di genere – definibili come l'insieme dei comportamenti attesi e richiesti, in conformità al proprio sesso – costruiscono, pertanto, degli ordinatori sociali.

Il termine genere, infatti, si riferisce a quanto vi è di storicamente e socialmente costruito nelle conseguenze – sul piano sociale, ma anche della percezione di sé – del venire al mondo con un corpo sessuato, in particolare con un corpo femminile (Saraceno 2001).

Età e sesso, insieme alla classe sociale, sono fattori di allocazione degli individui nei ruoli e nelle posizioni sociali e possono essere utilizzati come criteri di esclusione sociale da risorse e attività, così come possono determinare meccanismi di differenziazione dei gruppi sociali (Saraceno 1986).

L'introduzione del concetto di genere ha avuto il primo e impagabile merito di disvelare come le asimmetrie esistenti tra uomini e donne non si radichino nel loro sesso, ma siano il complesso risultato dei processi di socializzazione e di organizzazione sociale così come delle norme e delle aspettative culturali che ricadono in maniera differente su maschi e femmine trasformandoli in uomini e donne in differenti posizioni di potere [...] (Gamberi, Maio, Selmi 2010).

Ci sono processi che toccano allo stesso modo maschi e femmine, ma con esiti differenti (Balbo 1983): per tale motivo ragazzi e ragazze sviluppano, in parte, stili di coping diversi, così come d'altra parte sono soggetti/e a forme di controllo sociale distinte per modalità e per grado.

«Il divenire donna o uomo non è un processo lineare [...]. La vicenda tra i sessi, dato che è vicenda di culture e di vite, è educativa [...]», sostiene Barbara Mapelli (Mapelli 2008). Per tale motivo, la costruzione di salute in adolescenza non può prescindere anche da una pratica pedagogica che offra la possibilità di decodificare i processi che investono i generi. Già nei prodotti destinati alle bambine, in televisione, nella pubblicità o negli scaffali dei negozi di giocattoli, il genere funge da regolatore dei consumi. E la connotazione 'in rosa' dei prodotti delinea un preciso modello femminile. Le Barbie, le Winx, le Bratz, le piccole top model erotizzate, tutto parla di un corpo idealizzato, che si discosta da modelli di normalità e che, peraltro, brucia tappe dell'infanzia, con una conseguente precocizzazione della sessualità.

Anche l'immagine delle Winx è interessante ed è forse la miglior esemplificazione di quella iperfemminilità [...]. Oltre ai capelli fluenti e alle bocche carnose, hanno infatti vita strettissima e fianchi esageratamente larghi [...] (Lipperini 2007).

6 La percezione corporea e i disturbi del comportamento alimentare

La dimensione del genere assume particolare rilevanza anche per tutta l'area della prevenzione dei disturbi del comportamento alimentare.

Oggi, i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) rappresentano una delle patologie più allarmanti dell'Occidente per la loro rapida diffusione, l'interessamento di fasce più ampie di popolazione in termini anagrafici e socio-demografici e l'insorgenza di quadri clinici diversificati e più gravi rispetto al passato. In particolare, l'età di esordio della patologia si è abbassata e la prognosi è più infausta, tanto da richiedere interventi terapeutici più articolati, complessi e distinti nei casi che interessano l'età evolutiva e l'adolescenza [...]. Sono in continuo aumento soprattutto la Bulimia Nervosa (BN) e il Disturbo da Alimentazione Incontrollata (DAI) o Binge Eating Disorder (BED) [...]. Un'insoddisfazione corporea vissuta in età precoce può costituire un fattore di vulnerabilità – spesso trascurato o, comunque, sottovalutato – che può preludere all'insorgenza di un disturbo alimentare (Ministero della Salute-Regione Lombardia 2012).

Nelle definizioni del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), l'anoressia e la bulimia sono trattate come due differenti disturbi. Nella letteratura psico-sociale e socio-culturale

si parla invece di anoressie-bulimie come di una stessa «sindrome culturale» o «disturbo etnico» che esprime le contraddizioni di un particolare gruppo sociale, in questo caso giovani donne occidentali (Vellar 2012a).

I soli fattori socio-culturali, come ad esempio il modello di magrezza veicolato dai media, non sono sufficienti a determinare lo sviluppo della patologia – che resta a eziologia multifattoriale – tuttavia sono senza dubbio implicati nell'insorgere dei disturbi alimentari.

La cultura non è quindi la causa della malattia (processo patogenetico), ma modella la forma dei sintomi (effetto patoplastico), quindi suggerisce la modalità d'espressione, la fenomenologia di una sofferenza interiore (Vellar 2012b).

Il valore di sé e l'immagine corporea sono intrinsecamente legati. I soggetti con DCA oscillano tra il bisogno di controllo, come è evidente nell'anoressia e nella bulimia nervosa, e il senso di inadeguatezza e impotenza, accompagnato da vergogna e colpa, presenti nei Binge Eating Disorder (Vinai, Todisco 2007). Secondo Dalle Grave, le restrizioni alimentari hanno due possibili cause: aver spostato sull'alimentazione l'esigenza di controllo di vari aspetti della propria vita; aver interiorizzato standard di magrezza irrealistici.

Le forme corporee delle modelle di oggi hanno poco a che fare con le forme della maggior parte delle donne nella nostra società. Il risultato sconcertante è che le donne sono spesso insoddisfatte delle loro forme corporee e si sentono in colpa anche dopo aver mangiato piccole quantità di cibo. Il trattamento dell'anoressia nervosa implica lottare contro queste pressioni culturali (Stagi 2009).

7 Le malattie sessualmente trasmissibili e le gravidanze indesiderate

La salute sessuale rappresenta senz'altro una delle dimensioni più complesse e delicate di intervento nelle pratiche di prevenzione in adolescenza.

Facendo un raffronto tra il 1983 e il 2011, si nota come i tassi di abortività siano diminuiti in tutti i gruppi di età, con riduzioni meno marcate, tuttavia, per le donne con meno di 20 anni e tra 20-24 anni, andamento in parte dovuto al maggior contributo delle cittadine straniere in queste classi di età. Stando ai dati ufficiali – e quindi escludendo tutta l'area dell'abortività clandestina – i tassi di abortività continuano a essere più significativi nelle regioni del Centro-Nord: fa eccezione la Puglia, con tassi di abortività tra i più elevati (pari al 9.6‰ contro l'8‰ della media nazionale e il 7.7‰ della media delle regioni del Sud), pur osservandosi un significativo decremento (Istat 2011).

Secondo la Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO), da un'indagine condotta su oltre 1.000 giovani under 20 si evince che per oltre la metà dei ragazzi e delle ragazze il primo rapporto sessuale completo avviene tra i 15 e i 17 anni e in un terzo dei casi prima dei 15 anni. Il problema è che a questa sessualità precoce non corrisponde una consapevolezza dei rischi insiti. Le malattie sessualmente trasmissibili (MST) sono in continua crescita. Circa due terzi delle MST si presentano negli under 25, con una maggiore vulnerabilità delle ragazze.

Solo il 39% dei giovani usa abitualmente il preservativo, il 37% ritiene inutile l'utilizzo combinato di pillola e preservativo, il 14% li considera un ostacolo al rapporto. Più dei numeri colpiscono le ragioni con cui i giovani giustificano la scarsa protezione: per il 19% è una scelta precisa

(i contraccettivi non piacciono), il 49% non li ha a portata di mano al momento giusto, il 23% li dimentica e il 7% si adegua alle esigenze di un partner contrario all'utilizzo di metodi anticoncezionali. I ragazzi arrivano a considerare di volersi proteggere da gravidanze indesiderate, ma solo difficilmente pensano alle MST (Azzani 2012).

8 Il punto di vista dei testimoni privilegiati

Il lavoro di analisi è stato arricchito da una ricerca sul campo, che ha visto coinvolti alcuni testimoni privilegiati, a vario titolo esperti ed esperte nel campo della salute e della tutela dei minori, nel territorio di riferimento.¹ Le interviste semi-strutturate hanno avuto un comune canovaccio, con approfondimenti relativi alle rispettive aree di competenza. Gli intervistati concordano nell'individuare in primis negli ambienti di vita di riferimento (famiglia, scuola e gruppo dei pari), nei modelli culturali e nel capitale sociale di cui si dispone i principali fattori determinanti della salute in preadolescenza e adolescenza, secondo una definizione di salute intesa come benessere globale.

Qual è la percezione del bisogno di salute tra i ragazzi e le ragazze preadolescenti e adolescenti? Emerge l'esigenza di confrontarsi soprattutto su alcune aree che destano curiosità, ma ciò raramente si traduce in consapevolezza di averne bisogno soggettivamente. Il rischio è spesso percepito - coerentemente con quanto la letteratura specialistica sottolinea - come qualcosa che può riguardare fondamentalmente gli altri e non se stessi.

La fenomenologia che si può osservare rispetto ai principali fattori di rischio è variegata e ampia. Il comune denominatore sembra essere costituito da un abbassamento della soglia d'età, con una diffusa precocizzazione dei comportamenti a rischio, e da una compromessa capacità di autoregolazione.

Rilevo un processo di adultizzazione estremamente preoccupante rispetto all'abbracciare tutta una serie di comportamenti che fino a qualche generazione fa incrociavamo dai 16 anni in poi...(G).

Per esempio questo fenomeno del *binge drinking*, questo fatto del bere in maniera smodata... una fenomenologia soprattutto legata all'idea di provare queste sensazioni forti al di fuori di qualsiasi controllo...(S).

¹ M = Medico ginecologo, referente Consultorio Centro Adolescenza; G = Garante dei Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza della Regione Puglia; P = Pedagogista, referente USR Puglia; S = Sociologo SERT; R = Responsabile Centro Ascolto per le Famiglie e Centro Aperto Polivalente per minori.

Si evidenzia, inoltre, una sorta di ‘sindrome da presentificazione’, di rimozione della percezione dei rischi reali per sé nel futuro. In particolare, la salute sessuale e la percezione corporea sono le aree in cui la differenza di genere, insieme all’età, deve essere considerata con particolare attenzione.

I ragazzi e le ragazze non vengono preparati dalla famiglia [...]. Non avendo questa preparazione, generalmente affrontano l’approccio sessuale con notizie che possono derivare dai mass media, dagli amici, dall’aver sentito dire... (M).

Le ragazze restano più esposte a certe tipologie di rischi, sebbene alcuni di questi non siano più prerogativa esclusiva della componente femminile, ma si estendano anche ai ragazzi, comunque in misura meno rilevante, come nel caso dei disturbi del comportamento alimentare (DCA). Troppo spesso si parla, a giusta ragione, della prevenzione del sovrappeso e dell’obesità, ma vengono trascurati i rischi da deficit dell’alimentazione. Da una parte l’offerta dell’industria alimentare propone prodotti poco salutari e ipercalorici, dall’altra l’industria dello spettacolo veicola modelli di bellezza molto lontani dalla normalità e dalla realtà di un corpo sano.

C’è una percezione di salute collegato col mito della bellezza, della perfezione [...] modelli che poi portano mancanza di accettazione della diversità... (P).

Un fenomeno particolarmente preoccupante è quello delle *new addiction*, soprattutto quando interseca la dimensione della sessualità e del *sexting*.

Si sono verificati diversi episodi di ‘sessualità spinta’, di abusi fra adolescenti e molto spesso sono passati nella rete attraverso l’utilizzo di telefonini... (R).

Cosa si fa e cosa si potrebbe fare per favorire la costruzione di una cultura della prevenzione? A parere degli intervistati, per certi aspetti si registra una significativa battuta d’arresto, da parte delle istituzioni scolastiche in particolare.

Bisognerebbe che la scuola tornasse ad essere intenzionalmente il luogo della prevenzione, promuovendo una certa cultura della salute come benessere globale dell’individuo, come un forte richiamo alla responsabilità dell’azione educativa proprio come attenzione a tutte le dimensioni, compresa quella emozionale, compresa quella del corpo [...] Quello a cui sto assistendo è un progressivo impoverimento di risorse in questa direzione... (G).

Si chiama in causa il ruolo della scuola e il rapporto che questa può costruire con i servizi nel territorio:

Ho lavorato proprio come referente per le pari opportunità con i Consultori e c'è una difficoltà ad intercettare le scuole... il Consultorio va da una parte e la scuola va dall'altra parte... (P).

Altrettanto importante è recuperare il ruolo della famiglia, affinché sia disponibile a raccogliere istanze e a dialogare con gli esperti, ponendosi in una prospettiva di prevenzione. Occorre però che sia chiara la distinzione tra prevenzione intesa come promozione del benessere globale e prevenzione che può attuarsi in ambito strettamente medico: entrambe modalità da praticare senza invasioni di campo e confusioni troppo spesso rilevate anche a livello istituzionale, che talvolta segnano una deriva 'medicalistica'.

A volte basterebbe lavorare sull'aspetto pedagogico, lavorare sulla gestione dei 'no', sulla gestione delle regole, sulla riappropriazione di sé e del proprio corpo, invece di vedere subito la patologia...(P).

Quali sono le agenzie sociali e istituzionali coinvolte e soprattutto quale ruolo svolgono e quale potrebbero svolgere? Oltre alle tradizionali agenzie educative rappresentate da scuola e famiglia, viene indicato un ventaglio di attori territoriali (ASL, associazioni, parrocchie, gestori di locali e discoteche, educatori dei Centri di Aggregazione e/o dei Centri di Ascolto, ecc.). Occorre una programmazione che metta a sistema risorse, competenze, strategie, con continuità, pena l'inefficacia di 'interventi spot'. Gli obiettivi progettuali devono convergere e integrarsi in un disegno di senso compiuto, condividendo a monte un 'codice educativo'. Diversamente, la frammentarietà di proposte, pur egregie, e la difformità dei linguaggi rischiano di inficiare il lavoro realizzato o, al più, costituire esperienze isolate, patrimonio di pochi. Nelle situazioni di disagio, conclamato o latente, risulta forte l'esigenza di intervenire tempestivamente e interpretare correttamente la tipologia di bisogno sottostante. A tale scopo, occorre integrare gli approcci e i servizi, prevedendo un'intersezione tra sistemi. Nella programmazione socio-sanitaria deve entrare a pieno titolo anche il territorio, inteso come costellazione di soggetti con funzioni educative, che possano intercettare più facilmente bisogni e 'agganciare' gli e le adolescenti:

Nei luoghi informali, nelle piazze dove spesso gli adolescenti si incontrano non avendo dei luoghi ad hoc, nei locali... (R).

La competenza all'ascolto dovrebbe diventare centrale per lavorare in via prioritaria sulla prevenzione primaria - la promozione della salute - e non solo su quella secondaria o sulle emergenze:

Il più delle volte non c'è bisogno di dare delle risposte alle domande, c'è bisogno di leggerle... Le domande hanno bisogno di aria, se restano chiuse fanno male... (G).

Ciò richiama una responsabilità diffusa degli adulti educanti, oltre che un dialogo permanente tra Servizi e agenzie educative.

9 Il punto di vista di ragazze e ragazzi

Tutti i metodi qualitativi, oltre che rivestire una funzione di approfondimento e verifica, hanno anche una propria specificità euristica nella elaborazione di modelli interpretativi, soprattutto per la portata esplicita che rivestono e per la capacità di strutturare ipotesi e aprire piste di ricerca, cogliendo e rilevando invarianze strutturali. Inoltre, la ricerca qualitativa non ha solo una valenza ricognitiva, bensì anche partecipativa e trasformativa (con-ricerca). La narrazione assume, infatti, una funzione auto-pedagogica, per gli aspetti autoriflessivi che la caratterizzano.

I focus group hanno costituito un'esperienza preziosa per raccogliere il punto di vista degli e delle adolescenti, su cui molto si pontifica e che così poco si è disposti ad ascoltare. Quanto emerso conferma anche le opinioni dei testimoni privilegiati, a proposito dell'importanza di intervenire precocemente, non solo sugli aspetti informativi, ma anche concedendo spazi 'neutri' di riflessione, approfondimento, confronto, formulazione di domande.

In particolare, ci si è soffermati su tre macro aree: a) percezione di salute e benessere; b) percezione della corporeità in relazione al genere; c) percezione della salute sessuale e assunzione di comportamenti a rischio.

La discussione è stata organizzata intorno ad alcune domande-chiave, avvalendosi anche dell'uso di immagini di personaggi dei cartoni animati, del mondo dello sport, dello spettacolo e della moda.

Si specifica che, dopo aver rilevato le opinioni dei ragazzi e delle ragazze, sono state fatte alcune considerazioni e sono state fornite informazioni generali in merito alle tematiche affrontate (salute e fattori di rischio; parametri OMS del peso forma; corpi reali, corpi irreali e media; contraccezione e MST; funzione dei Consultori familiari; ecc.). In questo senso, i focus hanno rappresentato una simulazione di ricerca-intervento, quantomeno nelle premesse, per la possibilità di dare parola, consegnare dati e permetterne una rielaborazione. Ciò che i focus hanno consentito di rilevare, a fronte di dati che già la letteratura offre sulle questioni affron-

tate, è l'argomentazione di alcune tematiche e la possibilità di sviscerare le affermazioni fatte attraverso i 'perché? come? in che senso?'.

Si riportano, di seguito, alcuni stralci dei focus tratti prevalentemente dal nucleo centrale di interviste con le ragazze.

La definizione di salute e benessere, nella maggior parte dei casi, viene correttamente articolata sulla relazione corpo-psiche-ambiente. E, tuttavia, quando si entra nel merito delle pratiche che tutelano la salute e favoriscono la cura di sé, sono rari i riferimenti diretti all'attività fisica, all'alimentazione corretta, all'assenza di rischi legati all'uso di sostanze o abuso di alcol o determinati comportamenti (es. velocità, sport estremi, ecc.). Alla domanda 'Cosa fate per prendervi cura del vostro corpo?' la maggior parte delle risposte converge su aspetti meramente igienici, per maschi e femmine. A questi, per le ragazze si aggiungono riferimenti all'estetica e a diete autogestite o digiuni.

Riguardo ai parametri di bellezza, sembra confermato il ruolo giocato dai media, che mostrano donne nel range di magrezza al di sotto del peso forma raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, in omaggio a logiche di mercato o comunque a un immaginario sessista consolidato. Ciò incide direttamente sulla percezione corporea, evidenziando una forte connotazione di genere: «Secondo me se sei magra è meglio...»; «anche per i ragazzi, se non sei bella, se non sei magra... non ti calcolano...». Il controllo del peso corporeo per le ragazze è la premessa per poter interessare all'altro sesso: «Io non voglio essere magra perché vedo le veline, io voglio essere magra perché voglio che mi accettino...»; «loro, i ragazzi, hanno più sicurezza...». Anche la possibilità di piacersi e accettarsi, di percepirsi con un corpo ben fatto, sembra essere subordinata a un'immagine di bellezza idealizzata e standardizzata.

Per i maschi più giovani, sull'idea di bellezza e cura di sé si rilevano stereotipi molto forti di virilità e femminilità: le Winx sono «eleganti»; Sailor Moon piace perché «bionda, scollata, magra, bona...»; Heidi non piace perché «ha i capelli corti, è infantile...»; Mulan «sembra un maschio...»; Aladin piace perché «forte, stiloso, ha un bel fisico, ha i muscoli...» e Actarus perché «muscoloso»; Terence non piace per i suoi capelli lunghi e perché «sembra una donna...».

La bellezza può essere percepita come criterio di inclusione o esclusione dai gruppi, a volte con grande sofferenza:

Per me la bellezza esteriore è importantissima... è importante anche il carattere, però io ho subito anche bullismo alle medie perché non ero abbastanza bella per gli altri e neanche per me... per questo vorrei diventare bella...

Così anche la mancata accettazione di sé: «Ho sentito di ragazze che hanno detto "sono, brutta, voglio morire!"».

«La bellezza è la cosa più bella di una ragazza...». Dunque, per una ragazza essere bella e curata è più importante che per un ragazzo? Fatta salva qualche opinione fuori dal coro, la risposta il più delle volte è affermativa: «Beh, è normale!»; «lo trovo giusto perché la ragazza acquisisce più autostima...»; «la ragazza deve essere comunque più curata... perché è una ragazza...».

Questa opinione è condivisa anche dai maschi di tutte le fasce d'età, tra i quali più voci sostengono che sia importante per una donna essere «bella e curata» più di quanto non lo sia per un uomo.

Tra le dimensioni esplorate, vi è quella della relazione tra genere e sessualizzazione dei corpi. Alcune foto di modelle bambine – tra cui la nota copertina di *Vogue* del gennaio 2011, a causa della quale la direttrice della rivista fu rimossa dall'incarico – suscitano reazioni piuttosto forti, con condanne esplicite sul livello delle responsabilità genitoriali e sociali: «C'entra sempre la società... Cosa sta oggi [Cosa accade oggi? n.d.r.]?

I trucchi, le scarpe col tacco, i cartoni animati che danno queste immagini di bambine truccate, magre...»; «qui io non do colpa alle bambine, ma ai genitori...»; «anche nelle pubblicità, lo fanno per avere denaro in cambio...»; «mi fa rabbia, perché i genitori hanno permesso alle figlie una cosa del genere...». Non mancano, tuttavia, giudizi negativi riferiti alle protagoniste e anche alcune preoccupanti valutazioni in merito alle opportunità positive che il mondo della moda offre:

Mi fa schifo e mi fa anche rabbia, perché penso a come starei io... però sono loro scelte... forse hanno deciso di fare questa vita...!

È una propaganda di pedofilia... però non so quale scelta farei io se mi dicessero che posso fare foto del genere... non sono sicura che direi di no... con un giornale del genere hai un casino di possibilità...

Tra le ragazze più giovani, rispetto alle fotografie delle baby-modelle si registrano considerazioni contrastanti: «Bella! questa qui è bella!» e «Ma questa è una bambina con i tacchi!»; «io sinceramente sono contraria... pure le madri stesse le mettono a rischio...». Qualcuna aggiunge sottovoce: «Gli rovinano la reputazione...»; «sono prostitute...»; «ma vedi che è un lavoro», «sì è un lavoro, ma questa è una bambina!». Se il gruppo delle ragazze mostra dunque stereotipi sessisti piuttosto forti, ma anche un'oscillazione tra opinioni di segno opposto, colpisce che tra i più giovani del gruppo maschile, invece, non venga espressa alcuna indignazione, ma si registrino esclusivamente pareri estetici, non cogliendo affatto la 'distorsione' insita nelle fotografie.

L'informazione nell'area della salute sessuale si rivela sufficiente, almeno in linea teorica, seppure con alcune eccezioni. Tuttavia, per ammissione degli stessi ragazzi e ragazze, la contraccezione spesso continua a essere un optional e le gravidanze precoci costituiscono ancora un problema

significativo. Dunque occorre lavorare sui comportamenti a rischio, non dando per scontato che la mera informazione sia sufficiente per prevenirli.

Tra le ragazze più grandi rispetto alla domanda 'Se una ragazza è incinta a 16 anni...', tra le diverse opzioni, le posizioni di tipo fatalista («è andata così, era destino...», «ciò che è fatto è fatto...») o moralista («avrebbe potuto evitare di avere rapporti sessuali...», «io sono un po' più all'antica...») risultano essere minoritarie. Emerge una più elevata propensione al controllo del rischio come modalità condivisa con il partner: «Lei e il suo ragazzo avrebbero potuto utilizzare un metodo anticoncezionale...». Vi è anche chi sottolinea l'importanza della protezione che le ragazze in prima persona possono mettere in atto per prevenire gravidanze indesiderate: «Avrebbe potuto utilizzare un metodo anticoncezionale, per proteggersi»; «molte ragazze 'escono incinte'... e in fin dei conti quella che ci sta male sei tu... ad avere un figlio a 16 anni... quando a 16 anni hai bisogno tu di essere cresciuta... cioè lui nella coppia neanche lo vuole usare (nдр: il preservativo)... perché in fin dei conti a lui non tocca la gravidanza...». Tra le ragazze più giovani prevale invece una posizione 'moralista' - da molte ricondotta all'essere cattoliche - che si interseca con un orientamento 'fatalista': «Secondo il pensiero della mia famiglia i contraccettivi non si usano e per fare i figli si aspetta il matrimonio...»; «ti conservi per il matrimonio...»; «se nasce un bambino, va considerato come un dono...».

Il discorso scivola anche sulla possibilità di gravidanze indesiderate come conseguenza di abuso di alcol e stato di ebbrezza (sic!) o di comportamenti considerati «troppo facili...»: si evidenziano forti stereotipi sessisti in base ai quali uno dei ragazzi e alcune tra le ragazze arrivano a dichiarare che se una ragazza subisce abusi «Se l'è voluta...». Una diatriba si sviluppa intorno alla legittimazione o meno di questa asimmetria: «Se una ragazza va con i ragazzi è chiamata puttana, mentre un ragazzo è figo... [...] non lo so se è giusto... davvero, non so rispondere...» sostiene una ragazza. Affermazioni del tipo «Hai voluto farlo... ora ti assumi la responsabilità delle conseguenze...» contengono elementi di colpevolizzazione prevalentemente rivolti al genere femminile, persino nell'analisi di comportamenti di abuso, non riconosciuti come tali e sintetizzabili nell'affermazione «Lei ha provocato...».

Tornando al tema della contraccezione, nel gruppo dei ragazzi più grandi, viene riferito che la maggior parte dei coetanei non usa alcuna protezione nei rapporti sessuali, sebbene i/le partner cambino frequentemente. Qualcuno afferma che: «Essere incinta a 16 anni è quasi tornato di moda...»; «per esempio '16 anni incinta Italia', il nuovo programma... sembra quasi che le ragazze siano spinte a rimanere incinte perché poi si diventa famose, si va in TV...».

I metodi anticoncezionali menzionati sono quasi sempre preservativo e pillola. Qualche ragazza fa riferimento anche alla 'pillola del giorno dopo' o al 'contare i giorni'. Esiste anche una quota più ridotta di studenti/esse senza alcuna cognizione sulla contraccezione.

Il concetto di protezione è molto spostato sulla prevenzione delle gravidanze indesiderate, piuttosto che sulle malattie sessualmente trasmissibili (MST). Il rischio di contrarre malattie, coerentemente con quanto rilevato in altre ricerche, è infatti meno centrale nei discorsi, con qualche eccezione: «Ma io non so lui con chi è andato...»; «io sono esperta perché mia madre mi ha sempre fatto conoscere tutto...».

In generale, sulle MST si registrano sia affermazioni corrette, sia affermazioni che indicano confusione sulle modalità di prevenzione e/o di contagio: «Con il preservativo si può evitare il contagio...»; «si possono prevenire con la pillola, il preservativo...»; «ma l'HIV è qualcosa di congenito? come si prende?».

Nel corso del focus vengono formulate richieste di chiarimento in merito.

Ma come ci si informa sulle tematiche legate alla sessualità? Prevalentemente attraverso il gruppo informale - «Preferisco parlarne con le amiche...» - e per le più grandi attraverso la ricerca su internet, modalità considerate entrambe insufficienti a parere delle stesse intervistate: «Ma le amiche non sono informate...»; «se io mi devo informare da sola andando su internet... non riuscirò mai a capire bene, perché non c'è nessuno che mi spiega...».

Poche, in generale, le occasioni di confronto con gli adulti, di cui ci si 'vergogna' o con cui non si desidera condividere aspetti più intimi. In particolare viene riferita, da parte di molte, la difficoltà a parlare di sessualità con i familiari: «Io ho vergogna a chiedere...»; «per i miei genitori è tabù questo argomento...»; «molto meglio rivolgersi a un adulto, però che non sia un familiare...».

Alcune ragazze, viceversa, dichiarano di avere un dialogo su questi aspetti, soprattutto con la figura materna o con sorelle più grandi. Si tratta delle ragazze meglio informate e meno confuse: «Io con mia madre ne parlo liberamente... lei dice: "Se succede qualcosa io ti posso aiutare"...».

In qualche caso la scuola si fa promotrice di momenti informativi. Ad esempio, alcune delle ragazze mostrano una buona conoscenza della rete consultoriale (mentre altre ne ignorano completamente l'esistenza), grazie a visite organizzate da insegnanti, previa autorizzazione dei genitori. Altre riferiscono di aver affrontato alcuni di questi temi con esperti esterni o nelle ore di scienze. In ogni caso si tratta di interventi spot, ancora lontani dal tradursi in pratiche di prevenzione. La richiesta che perviene è quella di poter prevedere più momenti informativi e di condividere questi discorsi anche con altri ragazzi e ragazze, in assemblea di Istituto, per esempio, eventualmente con la presenza di esperti: «Per esempio nella giornata internazionale contro l'AIDS non è stato fatto niente... secondo me era importante parlarne anche a scuola...».

In conclusione, nel corso dei focus emergono forti stereotipi sessisti, trasversali ai generi, potenzialmente correlati a rischi reali:

- nella *percezione della corporeità*, con riguardo ai disturbi del comportamento alimentare, soprattutto tra le ragazze più grandi e man

mano che entrano in relazione con l'altro sesso, è frequente un'idea di bellezza connessa alla magrezza ottenuta attraverso diete e digiuni;

- nelle narrazioni che attengono alla *relazione tra i sessi* e alla *gestione della sessualità*, soprattutto tra i più giovani e le più giovani, si rileva una percezione distorta, un filo diretto con la violenza;
- nell'*area della salute sessuale*, emerge una capacità negoziale più ridotta per le ragazze, sia rispetto all'accesso all'informazione e alla libertà di scelta, per condizionamenti sociali e familiari, sia riguardo alla contraccezione e soprattutto alla protezione dai rischi da MST (per esempio per l'uso del preservativo), rischi da cui naturalmente non sono esenti neanche i ragazzi.

Elementi che sembrano contribuire a questo stato di cose sono:

- il dialogo insufficiente con le proprie famiglie o all'interno dei contesti scolastici/educativi (per quegli stessi e quelle stesse adolescenti che riportano un grado più elevato di stereotipi sessisti e informazioni scorrette);
- l'educazione delle ragazze, generalmente più normata e restrittiva di quella dei ragazzi, che inibisce ulteriormente il bisogno di confrontarsi su queste tematiche e di accedere alle informazioni precocemente, ma anche la rimozione generale del concetto di differenza di genere (e di salute di genere), per cui si ritiene che una (in)formazione neutra possa avere il medesimo impatto su ragazze e ragazzi;
- la 'schizofrenia dei messaggi educativi' inviati (es.: promozione di prodotti alimentari industriali ipercalorici vs. diete e modelli di magrezza; erotizzazione precoce delle ragazze vs. rimozione dell'educazione alla sessualità; ecc.);
- una riduzione delle campagne informative sulle MST, a fronte di una promiscuità dichiarata, per una fetta non irrilevante di popolazione adolescenziale.

Tutti questi fattori amplificano i rischi e fotografano la componente femminile in una posizione di maggiore vulnerabilità.

Sappiamo che il capitale sociale e culturale posseduto costituisce senz'altro il fattore protettivo più significativo rispetto ai rischi esaminati, ma sappiamo anche che i processi di socializzazione – sia verticali, tramite le tradizionali agenzie educative, sia orizzontali, nella relazione tra pari e attraverso i media – sono differenziati per genere. In particolare, i diversi esiti di una siffatta socializzazione mostrano una ricaduta su alcune aree, come quelle della salute sessuale e della percezione corporea, che si intersecano fortemente con i determinanti di salute.

La correlazione tra riduzione del rischio e capitale sociale, di cui si dispone, impone di costruire pari opportunità per tutti e per tutte, trasversalmente ai generi e allo status sociale, ma con una grande attenzione a queste variabili, che spesso vengono trascurate in nome di una presunta eguaglianza (sociale e di genere).

Promuovere la salute e la cultura della prevenzione implica il dover tenere conto di tutte le componenti sottese, in una prospettiva multidimensionale, e il dover assumere anche una prospettiva di genere, sia nella lettura dei fenomeni, sia negli interventi da proporre.

È indispensabile che a ciò concorrano tutti gli attori istituzionali e sociali che intercettino i percorsi di vita e gli ambienti di riferimento degli e delle adolescenti, attraverso un dialogo tra esperienze formali/istituzionali ed esperienze informali. Ma è necessario anche che a questi stessi attori siano chiare tali premesse, affinché possano essere realizzati interventi non frammentari, né occasionali, concepiti in un'ottica di integrazione socio-educativa e sanitaria.

Bibliografia

- «La percezione dello stato di salute» (2011). «La percezione dello stato di salute in adolescenza tra fattori individuali e contestuali: Il ruolo del capitale sociale». *Epidemiologia & Prevenzione*, 1 (35).
- Azzani, T. (2012). «Adolescenti e sessualità: Più informazione, ma a chi spetta?» [online]. *Il pediatra*, giugno. Disponibile all'indirizzo www.sigo.it/usr_files/articoli-del-presidente/articoli-del-pr_329049.pdf (2015-07-30).
- Balbo, L. et al. (1983). *Complessità sociale e identità*. Milano: FrancoAngeli.
- Bonino, S.; Cattelino, E.; Ciairano, S. (2003). *Adolescenti e rischio: Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*. Firenze: Giunti Editore.
- Caprara, G.V.; Fonzi A. (1999). *L'età sospesa: Itinerari del viaggio adolescenziale*. Firenze: Giunti Editore.
- Cavallo, F.; Giacchi, M.; Vieno, A.; Galeone, D.; Tomba, A.; Lamberti, A.; Nardone, P.; Andreozzi, S. (a cura di) (2013). *Studio HBSC Italia (Health Behaviour in School-aged Children): Rapporto sui dati 2010*. Istituto Superiore di Sanità, Rapporti ISTISAN, 13 (5).
- Ciotti, L. (2005). «Introduzione» [online]. In: Gruppo Abele, *Sociologia della devianza*. Disponibile all'indirizzo http://web.unirsm.sm/masterdisagio3/AreaRiservata/GruppoAbele/donini_gruppoabele.pdf (2015-07-30).
- Clemente, C. (2012). *Welfare e sistemi integrati di salute*. Calimera (Le): Kurumuny.
- Gamberi, C.; Maio M.A.; Selmi, G. (2010). *Educare al genere: Spunti per una cornice interpretativa*. Roma: Carocci editore.
- Folgheraiter, F. (1995). «Protezione dei minori e lavoro di rete». In: *Lavoro sociale*, 2 (4).
- Hendry, L.B.; Kloep, M. (2003). *Lo sviluppo nel ciclo di vita*. Bologna: il Mulino.

- Istat (2012). *Interruzioni volontarie della gravidanza* [online]. Disponibile all'indirizzo <http://www.istat.it/it/archivio/141802> (2015-07-30).
- Kelly, P.J. et al. (2005). «Tailoring STI and HIV Prevention Programs for Teens». *American Journal of Maternal Child Nursing*, 30 (4).
- Kirby, D. et al. (2007). «Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviors of Young People throughout The World». *Journal of Adolescent Health*, 40.
- Leone, L.; Celata, C. (a cura di) (2006). *Per una prevenzione efficace*. Milano: Il Sole 24 ore.
- Lipperini, L. (2007). *Ancora dalla parte delle bambine*. Milano: Feltrinelli.
- Maggiolini, A.; Pietropolli Charmet, G. (2004). *Manuale di psicologia dell'adolescenza: Compiti e conflitti*. Milano: FrancoAngeli.
- Malagoli Togliatti, M. (2004). *Costruzione delle relazioni familiari all'interno della famiglia*. Paper presentato al Convegno internazionale *Sviluppo della persona e promozione del senso* (Napoli, Istituto di Studi Filosofici, 22 ottobre).
- Mapelli, B. (2008). «Adolescenti e differenze di genere: Ricerche di identità». In: Padoan I.; Sangiuliano M., *Educare con differenza: Modelli educativi e pratiche formative*. Torino: Rosenberg & Sellier.
- Ministero della Salute-Regione Lombardia (2012). *Progetto di Studio multicentrico sui fattori predittivi e le caratteristiche psicopatologiche dei disturbi del comportamento alimentare in età adolescenziale e preadolescenziale* [online]. Disponibile all'indirizzo www.disturbialimentarionline.gov.it/MappaDCA/images/Documenti/dcainfado.pdf (2015-07-30).
- Palmonari, A. (1993). *Psicologia dell'adolescenza*. Bologna: il Mulino.
- Palmonari, A. (2001). *Gli adolescenti*. Bologna: il Mulino.
- Rutter, M. (1987). «Psychosocial Resilience and Protective Mechanisms». *American Journal of Orthopsychiatry*, 57.
- Saraceno, C.; Naldini M. (2001). *Sociologia della Famiglia*. Bologna: il Mulino.
- Saraceno, C. (a cura di) (1986). *Età e corso della vita*. Bologna: il Mulino.
- Stagi, L. (2009). «Il cibo tra salute e cultura: Tavola rotonda con R. Dalle Grave, A. Guerci, C. Renna». In: Cavanna, D., Stagi L. (a cura di), *Sul fronte del cibo*. Milano: FrancoAngeli.
- Vellar, A. (2012a). «La sottile linea tra salute e malattia: Un'analisi visuale del disagio psico-fisico nei blog pro-ana». In: Biancheri, R.; Niero, M.; Tognetti Bordogna, M. (a cura di), *Ricerca e sociologia della salute fra presente e futuro*. Milano: FrancoAngeli.
- Vellar, A. (2012b). «L'infernale compagna anoressia: Un'analisi delle autobiografie pro-ana e pro-recovery» [online]. *M@gm@*, 10 (1), *Raccontare, ascoltare, comprendere: Metodologia e ambiti di applicazione delle narrazioni nelle scienze sociali*. A cura di Poggio, B.; Valastro, O.M. Disponibile all'indirizzo <http://www.magma.analisiqualitativa.com> (2015-07-30).
- Vinai, P.; Todisco, P. (2007). *Quando le emozioni diventano cibo*. Milano: Cortina.

La farmacia sociale

Un nuovo modello di farmacia attenta ai bisogni del cittadino

Pasquale Marino

Abstract The Italian pharmacy system is currently experiencing one of the most important transformations of the recent decades, bringing into question its original arrangement. The various models of pharmacy acknowledged up to now are not able to compete in their target market or comply with the many different needs expressed by the citizens. Nowadays, we need to develop a new model of pharmacy, where the sociological aspect plays a significant role in a multidisciplinary setting. The action research has involved 23 local private pharmacies, interesting a population of about 90,000 people. The findings clearly indicate that pharmacy can confront its target market looking towards a model that focuses on the citizen, not on a patient, a client or user: we can register an increase in daily tickets (indicator of the level of attendance and loyalty) and in average value (indicator of the level of satisfaction) with percentages ranging from + 20% to + 200% both in prescription drug and in all other products of pharmacy (i. e. cosmetic, sanitary, etc.).

Sommario 1. Introduzione. – 2. I tre modelli di farmacia. – 3. Crisi dei modelli di farmacia esistenti. – 4. La farmacia sociale – 5. Conclusioni

Keywords Pharmacy. Citizen. Market.

1 Introduzione

Il contributo qui presente intende mostrare un percorso di ricerca-azione volto a dimostrare la crisi del sistema farmacia, per proporre un nuovo modello in grado di portare maggiori vantaggi sia all'esercizio sia al fruitore.

Dunque, il lavoro si compone di due parti: la prima ripercorre i modelli di farmacia che si sono susseguiti nel tempo, la seconda spiega nel dettaglio quella che l'autore definisce «farmacia sociale» come nuova frontiera.

Le conclusioni, invece, mostrano i risultati oggetto della ricerca tenendo conto di alcuni indicatori come produttività, partecipazione e soddisfazione.

Di fatto, il sistema farmacia in Italia è in profonda evoluzione. Da sempre punto d'incontro tra domanda e offerta di salute, la farmacia italiana vive oggi la trasformazione più importante degli ultimi anni, che ne mette in discussione l'assetto originario. Ormai erosa buona parte del fatturato classico della farmacia, cioè quello derivante dal farmaco prescrivibile

e rimborsato dal SSN (Sistema Sanitario Nazionale) e intaccata, inoltre, sempre più, la relativa marginalità da logiche di contenimento della spesa pubblica, *l'azienda farmacia* per sopravvivere deve guardare con attenzione sempre maggiore a mercati complementari, che vanno nell'area dell'extrafarmaco, guardati, tra l'altro, con interesse anche da altri competitor, come la GDO (Grande Distribuzione Organizzata), la parafarmacia, negozi specializzati, ecc.

Si intende dimostrare pertanto che i vari modelli di farmacia finora conosciuti non sono in grado di competere nel loro mercato di riferimento né, tantomeno, di soddisfare i tanti e diversi bisogni espressi dai cittadini.

Nasce l'esigenza di sviluppare un nuovo modello di farmacia, che deve avere necessariamente nell'approccio multidisciplinare il suo punto di forza, e, nello stesso tempo, occorre dare all'impostazione sociologica un ruolo rilevante.

Questo è un lavoro sperimentale che consiste in una valutazione dei bisogni del cittadino basata su una metodologia quali-quantitativa.

La dimostrazione dei risultati che saranno esposti alla fine di questo breve saggio ha bisogno di un impianto teorico, perché il lavoro svolto all'interno delle farmacie è unico nel suo genere e non ha riscontro nei modelli di farmacia finora esistenti.

2 I tre modelli di farmacia

La farmacia sociale intesa come modello di farmacia non ha riscontro nella realtà italiana. In molti Paesi europei esistono farmacie cosiddette sociali: esse nascono a partire dalla fine del diciannovesimo secolo, per volontà di alcune organizzazioni di tutela e mutua assistenza, con lo scopo di facilitare l'accesso ai farmaci a quelle fasce sociali più sfavorite. La nascita e lo sviluppo di questo tipo di farmacia, ben diverso dal modello che voglio proporre, vanno visti nel contesto dei movimenti mutualistici e cooperativi dell'epoca. In Italia questo ruolo è stato svolto in parte dalle farmacie comunali. Le circa 18.000 farmacie presenti in Italia, tra private e comunali, hanno un'immagine istituzionale univoca: è possibile spedire ricette mediche, soddisfare esigenze di carattere salutistico-sanitario, chiedere consiglio sulle modalità di utilizzo e di somministrazione dei farmaci, ecc. Tuttavia i vari esercizi hanno caratteristiche pratiche e percettive diverse. Ogni farmacia è strutturalmente diversa dalle altre, è inserita in un contesto socio-economico-culturale diverso ed è gestita secondo logiche dettate dalla diversa visione che il titolare ha dell'attività. Queste impostazioni date dal farmacista alla propria attività, non sempre consapevoli e volute, vengono percepite dai cittadini come caratteristiche identificative. Sono proprio queste diverse percezioni della sua organizzazione a determinare l'*anima* della farmacia. Di ogni singola farmacia. Per 'anima' intendo le

caratteristiche, uniche e peculiari, che ogni farmacia ha e che vengono percepite in modo più o meno chiaro dai suoi frequentatori, i quali, se soddisfatti, la scelgono proprio per questo motivo. Tra queste caratteristiche identificative ricordo la professionalità, la gentilezza, il tipo di accoglienza, l'organizzazione di alcuni reparti, la presenza di determinate aziende, ecc. Per 'modello di farmacia', invece, intendo un insieme di farmacie che hanno caratteristiche strutturali e distintive simili, che vengono riconosciute come tali e, quindi, sono identificative del modello stesso. Il modello indica una pluralità, mentre l'anima è propria di ogni singolo esercizio.

Ogni farmacia ha una propria anima e nello stesso tempo appartiene a un determinato modello.

I modelli di farmacia attualmente conosciuti in Italia sono tre: *tradizionale*, *commerciale* e *dei servizi* (Cipolla, Maturo 2001).

La *farmacia tradizionale* è il modello di farmacia maggiormente presente in Italia: è incentrata in modo particolare sulla figura del suo titolare, che sembra operare sempre più in sintesi tra il mondo professionale e quello manageriale (Brusoni 2001). Il farmacista è il punto di riferimento della comunità, dà consigli non solo sull'utilizzo e la somministrazione dei farmaci, ma è anche la persona a cui ci si affida per curare anche piccole patologie in alternativa al medico, è il confidente per problemi inerenti alla salute e non solo. La farmacia è un piccolo centro sanitario, con una funzione sociale molto importante e molto gradita al cittadino. Ha un alto grado di fidelizzazione. L'aspetto commerciale è quasi del tutto assente, mentre i servizi hanno una dimensione più marcata. È una tipologia di farmacia che di solito ha fatturati medio-bassi, ma una buona redditività e una considerazione molto positiva da parte dei suoi frequentatori.

Nell'immaginario di molti cittadini italiani è 'la farmacia'.

Questa tipologia di farmacia ha un rapporto privilegiato con un *paziente*.

La *farmacia commerciale* è un modello di farmacia che ha impostato la sua attività soprattutto sui prodotti, e che, attraverso la convenienza dei prezzi praticati su una parte più o meno ampia della propria offerta merceologica nell'extrafarmaco, cerca la fidelizzazione del cliente, il quale, recandosi in farmacia spinto dall'aspetto di convenienza, il più delle volte vi spedisce anche le proprie ricette mediche. È un modello di farmacia che nasceva una ventina di anni fa, soprattutto in realtà abitative medio-grandi, per fare concorrenza alle altre farmacie e per rispondere ai primi tentativi dei supermercati di vendere prodotti che il farmacista ritiene di sua competenza e/o per rispondere all'apertura di nuove strutture commerciali, come ad esempio le sanitarie e i negozi specializzati.

Una farmacia commerciale, di solito, ha locali piuttosto ampi, un'ottima offerta di prodotti, sia in ampiezza che in profondità, e prezzi molto competitivi. Vengono utilizzati i concetti del marketing e i suoi strumenti. L'esposizione dei prodotti è curata e attenta alle aggregazioni merceologiche, ci sono offerte promozionali e giornate a tema. Si tratta di farmacie che

hanno un incasso giornaliero di tutto rispetto, un numero alto di scontrini, indicatori del numero di persone che entrano ogni giorno in farmacia, e hanno un fatturato annuo molto più alto della media, ma con una marginalità più bassa. Il rapporto è tra la farmacia e un *cliente*.

La *farmacia dei servizi* è impostata principalmente sulla qualità e sulla quantità dei servizi offerti e cerca la fidelizzazione di coloro che la frequentano attraverso l'ampia gamma della sua proposta. I servizi offerti possono essere suddivisi tra servizi cognitivi e servizi alla persona.

Tra i servizi cognitivi, quelli più importanti sono sicuramente il consiglio e la consulenza. È compito del farmacista assicurarsi che il cittadino capisca queste informazioni e percepisca la sua disponibilità a orientarlo nel modo più appropriato (Cipolla, Maturo 2001). Per espletare al meglio questa attività – come ci suggerisce Costantino Cipolla – i concetti principali a cui fare riferimento sono: approccio co-relazionale, empatia, comunicazione, meta-comunicazione, codice e mondo vitale.

Per quanto riguarda i servizi alla persona, si va dai vari tipi di analisi (della pelle, dei capelli, del sangue, ecc.) alla misurazione della pressione arteriosa, al controllo del peso, alle prenotazioni di visite ed esami presso le strutture sanitarie accreditate (CUP), alla consegna a domicilio dei farmaci per chi è impossibilitato a recarsi in farmacia, al noleggio di apparecchiature e/o di attrezzature (aerosol, stampelle, bilancia pesa-neonati, carrozzelle per problemi di tipo motorio, ecc.), alla distribuzione di materiale informativo su malattie, stili di vita e nuovi prodotti nonché attività di informazione su argomenti sanitari.

Il farmacista è innanzitutto un educatore sanitario, dispensatore di consigli connessi alla cura dei pazienti. L'aspetto commerciale della farmacia non è marcato, il più delle volte appena accennato e consequenziale alla fruizione dei servizi stessi. Le farmacie, in linea di massima, hanno fatturati medi e una discreta redditività. Il rapporto è tra la farmacia e un *utente*.

Per meglio entrare nel merito della farmacia dei servizi dobbiamo specificare le caratteristiche di un servizio, che sono l'intangibilità, l'inscindibilità, la variabilità e la deperibilità (Kotler, Armstrong 2013).

L'intangibilità del servizio indica l'impossibilità di vedere, toccare, percepire, sentire o odorare il servizio prima dell'acquisto. L'inscindibilità indica l'impossibilità di separare il servizio da parte di chi lo eroga. La variabilità indica l'ampio margine di variazione della qualità del servizio stesso a seconda del fornitore, del momento, del luogo e delle modalità di erogazione. La deperibilità del servizio indica che i servizi non possono essere conservati per una vendita o un utilizzo futuro. Dunque, il servizio diventa merce e, come tutte le merci, è sottoposto alle regole del mercato e quindi della concorrenza.

3 Crisi dei modelli di farmacia esistenti

Questi tre modelli di farmacia sono in crisi perché non sono in grado di competere nel loro mercato di riferimento e, quindi, di soddisfare i bisogni del cittadino, il quale può essere nello stesso tempo paziente, cliente o utente. Il cittadino, oltre a essere un portatore di diritti, è anche uno stakeholder della farmacia, perché il suo interesse è che il sistema farmacia, e/o una farmacia in particolare, funzionino al meglio e soddisfino appieno i suoi bisogni (Parmigiani 2010). Un altro motivo di crisi è il cambiamento della figura del consumatore. 'Consumatore' letteralmente vuol dire 'chi usufruisce di beni o servizi per soddisfare i propri bisogni'. Si deduce che il consumo, in varie forme nel corso dei secoli, è sempre esistito. Si può affermare che è antico quanto l'uomo. Dice Zygmunt Bauman: «forse non tutti lavorano, forse non tutti amano, ma tutti sicuramente consumano» (Bauman 2010).

Essere consumatori oggi, nel mondo occidentale, significa innanzitutto essere uomo (Bauman 2010). Il consumo ci accomuna tutti ed è al centro di politiche economiche che pongono la crescita economica, il benessere materiale e la felicità, individualmente intesa, come obiettivi primari (Paltrinieri 2012). L'etimo della parola *consumere* ci dà la giusta visione di questo concetto: *cum* è il prefisso della socialità, *sumere* è prendere senza rapire, quindi, insieme prefisso e verbo indicano una *compartecipazione* (Di Nallo, Paltrinieri 2006). Chi consuma prende da chi dà qualcosa e tutti e due hanno interesse ad avere una relazione. Come sostiene Egeria Di Nallo, il consumo diviene allora atto sociale per eccellenza, perché sintetizza in se stesso un possibile-avverabile tra il Sé (l'uomo), le cose e gli altri da sé (gli altri uomini). Ciò decreta la scarsa attualità euristica dei due concetti chiave che per lungo tempo hanno orientato l'interpretazione del significato simbolico dei consumi: il *trickle down effect* e lo *status symbol* (Di Nallo 2003).

Bisogna passare da un'interpretazione di natura economica a una di tipo sociologico. Infatti, nella prospettiva del *societing*, impresa e consumatore non sono attori antagonisti, ma hanno interesse a *cum-sumere* insieme per un vantaggio reciproco (Paltrinieri, Parmigiani 2008).

4 La farmacia sociale

La *farmacia sociale* supera queste tre tipologie di farmacie, sincretizzandole in un nuovo modello. Non c'è la prevalenza di un aspetto rispetto a un altro, bensì si tratta di un ambiente nuovo, estremamente dinamico, in cui è possibile trovare queste anime sintetizzate in una sola, senza la prevalenza di nessuna di esse.

Questo nuovo modello di farmacia ha nella sua *anima* la soddisfazione dei bisogni del cittadino, il quale, vivendo in una società definita complessa

ed essendone parte costitutiva fondamentale, è complesso anche lui. La sua identità sociale mutevole e contraddittoria fa sì che i suoi desiderata, i suoi bisogni, siano anch'essi mutevoli e diversi (Di Nallo 2003).

La farmacia, per competere in mercati sottoposti alle regole della concorrenza, deve sapersi adattare a questa nuova figura di cittadino che a volte è paziente, a volte cliente e a volte è utente, e che è sempre più consapevole dei suoi diritti. Come ci fa notare R. Paltrinieri, si sta delineando una nuova figura, quella del *cittadino-consum/attore*, persona sempre più informata, grazie all'aumentato aspetto socio-culturale, e consapevole dei suoi diritti.

Un'altra considerazione non meno importante è che *la farmacia è anche un'impresa*. E un'impresa non raggiunge gli obiettivi che si è prefissata semplicemente conseguendo del profitto a breve termine: se vuole sopravvivere nel suo mercato di riferimento, essa si deve confrontare con il consenso e la fiducia del consumatore, che premia o sanziona un'azienda con le proprie scelte di frequentazione e di consumo (Paltrinieri, Parmigiani 2005).

La legge del 4 agosto 2006 n. 248 sulle liberalizzazioni, detta 'Decreto Bersani', ha permesso a esercizi diversi dalle farmacie di vendere farmaci di automedicazione (OTC, Over The Counter e SOP, Senza Obbligo di Prescrizione). Questo ha messo la farmacia in competizione con altri canali molto meglio organizzati da un punto di vista commerciale, in grado di gestire al meglio le politiche e gli strumenti che il marketing mette a disposizione.

La farmacia è parte del sistema salute operante in Italia, che a sua volta è una parte del sistema sociale. Per poter ben operare all'interno della società complessa e iperspecializzata di oggi, la farmacia non può fare a meno di interpretare il suo ruolo all'interno di un ambiente in cui sono interconnessi una serie di altri sistemi, che interagiscono tra di loro e sono indispensabili al funzionamento di tutta la società (Luhmann 1990). Il cittadino, compreso quello che si rivolge al sistema farmacia, per essere incluso all'interno dei sistemi, gestirà le sue scelte e/o preferenze tra i possibili altrimenti cioè le possibili alternative che ogni sistema gli propone. La farmacia oggi, per proporsi al meglio come canale preferenziale, al fine di soddisfare buona parte dei bisogni dei cittadini nell'area della salute e del benessere (Di Santo 2013), deve essere professionale (consiglio e competenza nell'area farmaco), offrire una gamma ampia di servizi (CUP, analisi varie, telemedicina, ecc.) e nello stesso tempo avere una buona organizzazione commerciale (offerta leggibile, ampia e profonda, prezzi competitivi).

Ritornando alla definizione di farmacia sociale, per 'sociale' intendo ciò che tende a garantire benessere e sicurezza a tutti i cittadini che frequentano questo modello di farmacia. Per 'benessere' intendo, invece, tutto ciò che serve a migliorare, da un punto di vista sia fattivo che percettivo, l'aspetto salutistico in tutte le sue accezioni, sia quando ci si rivolge alla farmacia come pazienti, quindi con un dato oggettivo di malattia (*disease*),

sia quando la percezione del proprio malessere è soggettiva (*illness*) (Giarelli 2009; Di Santo 2013).

Per quanto concerne il termine *sicurezza*, mi rifaccio alla etimologia latina *sine cura* cioè ‘senza preoccupazioni’. La sicurezza, secondo Roberta Paltrinieri (Paltrinieri, Parmigiani 2005), si traduce in una serie di diritti: il diritto a essere protetto da prodotti pericolosi; il diritto a essere informato correttamente, cioè a non dover subire pubblicità falsa e/o fuorviante; il diritto di scegliere, cioè di avere accesso a diversi prodotti per prezzo e qualità; il diritto a essere ascoltati, vale a dire la certezza di un rapporto tra uguali, farmacista e paziente – la differenza può e deve essere solo di natura funzionale –, che deve essere basato sull’ascolto, la comprensione e la discrezione.

Tra le caratteristiche di questo modello di farmacia troviamo la professionalità, propria della farmacia tradizionale e del suo rapporto con un paziente, una buona organizzazione commerciale, che è la caratteristica della farmacia commerciale e del suo rapporto con un cliente, un’ampia gamma di servizi sia gratuiti sia a pagamento, che ritroviamo nella farmacia dei servizi e nel suo rapporto con un utente. In più, si tratta di un ambiente estremamente dinamico capace di adattarsi velocemente alle mutabili esigenze del cittadino. È un modello che fidelizza molto, ha fatturati alti e una buona redditività.

La farmacia sociale è un modello di farmacia che considera, nella definizione della propria strategia, nell’organizzazione delle proprie politiche e nei comportamenti di gestione quotidiani, gli interessi di tutti i suoi stakeholder e gli impatti che il suo operato può avere a livello sociale.

In tal senso, l’adozione di un modello di farmacia che possa essere definita ‘sociale’, comporta il viraggio verso un percorso globale complessivo, che ha come punti di riferimento: la qualità, la professionalità, l’organizzazione commerciale, i servizi erogati.

5 Conclusioni

L’attività di ricerca-azione ha interessato 23 farmacie territoriali private con una popolazione coinvolta di circa 90.000 persone. Le farmacie che hanno intrapreso il percorso di trasformazione verso una *farmacia sociale* hanno ottenuto risultati quali-quantitativi notevoli.

In primis i cittadini frequentatori della farmacia sociale riscontrano determinate caratteristiche della professionalità, come:

- la migliore capacità di essere consigliati, in particolar modo sulla vasta gamma di offerta merceologica;
- la chiarezza nell’esposizione dei prezzi;
- maggior presenza e varietà di offerte su prodotti di massa;
- la possibilità di poter scegliere;
- l’aspetto non coercitivo delle offerte.

Il farmacista, al contempo, ha una maggiore frequentazione della sua 'azienda', riscontrata nel notevole aumento degli scontrini giornalieri (indicatore quantitativo del livello di fidelizzazione) e del loro valore medio (indicatore qualitativo del livello di gradimento).

I fatturati dimostrano percentuali superlative che oscillano dal +20% al +200% sia nell'etico (farmaco prescritto dal medico e rimborsato dal SSN) sia nell'extrafarmaco (cosmetici, detergenti ecc.)

La differenza tra questi due incrementi percentuali è data da contesti socio-economici e culturali, diversi in base all'ubicazione della farmacia (centro vs. periferia, paese vs. città, ecc.) e anche al grado di accettazione del modello di farmacia sociale proposto.

Questi risultati indicano chiaramente che la farmacia può confrontarsi con successo con il proprio mercato di riferimento, a patto di cambiare la propria impostazione verso un modello di farmacia che mette al centro dell'attenzione il cittadino inteso come summa di tre aspetti diversi: paziente, cliente e utente, come espresso precedentemente.

Bibliografia

- Bauman, Z. (2010). *Consumo, dunque sono*. Roma; Bari: Laterza.
- Brusoni, M. (2001). *L'impresa farmacia: Gestione, marketing, sviluppo del settore*. Milano: Egea.
- Cipolla, C.; Maturo, A. (2001). *La farmacia dei servizi: Un percorso verso la qualità*. Milano: FrancoAngeli.
- Di Nallo, E. (2003). *Quale marketing per la società complessa?* Milano: FrancoAngeli.
- Di Nallo E., Paltrinieri R. (a cura di) (2006). *Cum sumo: Prospettive di analisi del consumo nella società globale*. Milano: FrancoAngeli.
- Di Santo, R. (2013). *Sociologia della disabilità: Teorie, modelli, attori e istituzioni*. Milano: FrancoAngeli.
- Giarelli, G.; Venneri, E. (2009). *Sociologia della salute e della medicina*. Milano: FrancoAngeli.
- Kotler, P.; Armstrong, G. (2013). *Principi di Marketing*. Modugno (Ba): Pearson Paravia Bruno Mondadori.
- Luhmann, N. (1990). *Sistemi sociali: Fondamenti di una teoria generale*. Bologna: il Mulino
- Paltrinieri, R.; Parmigiani, M.L. (a cura di) (2005). *Sostenibilità ed etica?* Roma: Carocci editore.
- Paltrinieri, R.; Parmiggiani, P. (a cura di) (2008). *Per un approccio sociologico al marketing*. Milano: FrancoAngeli.
- Paltrinieri, R. (2012). *Felicità responsabile*. Milano: FrancoAngeli.
- Parmigiani, M.L. (2010). *Siamo tutti stakeholder*. Rimini: Maggioli.

Le Società della Salute oltre la sperimentazione

Innovazioni organizzative nel sistema socio-sanitario toscano

Giulia Palazzolo

Abstract In 2004, the so-called 'Società della Salute', a consortium to which local governments and local health authorities take part, was established in Tuscany with the aim of a larger integration between sanitary and social services. The case study method, a mix of literature and legislation research and empirical investigation through interviews and document analysis, has been chosen to interpret this special kind of network. Especially, the study underlines the organizational and strategic planning tools which have led Società della Salute to the present configuration. The first (organizational) one is based on a process approach that exceeds traditional functional structure; the second (strategic planning) one is about decision making model with many planning levels and actors, whose actions are always subjected to limits in discretionary power. In this way, the paper analyses these managerial choices and their effectiveness for integration between social services and health care.

Sommario 1. Introduzione. – 2. Origine e caratteri innovativi della SdS. – 3. La visione per processi: una possibile risposta al problema dell'integrazione socio-sanitaria. – 4. I sistemi di decisione nella SdS: i tre livelli della pianificazione.

Keywords Società della Salute. Social-care integration. Process organization.

1 Introduzione

Il tema dell'integrazione socio-sanitaria riveste da tempo un ruolo di indiscussa centralità nelle politiche di assistenza del nostro Paese. La crescente consapevolezza dell'esigenza di garantire al cittadino un sostegno idoneo a bisogni di natura complessa ha condotto a ricercare forme di programmazione integrata fra Comuni e AUSL.

Un breve excursus normativo delle tendenze legislative degli ultimi dieci anni dà conferma di questa tensione verso pratiche di armonizzazione fra ambiti, quello sociale e quello sanitario, fortemente complementari.

Già con il d.lgs 229 del 1999, gli interventi socio-sanitari sono prospettati come

tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

In coerenza con la riforma sanitaria *ter* è la legge quadro 328/00 che richiama tra le funzioni delle Regioni la «definizione di politiche integrate in materia di interventi sociali, ambiente, sanità», cui fa seguito un generale orientamento dei successivi piani sanitari nazionali (d'ora in poi PSN) nel contemplare sempre di più questa forma di stretta collaborazione. Così il PSN 2001-2003 individua quali

Punti qualificanti delle trasformazioni [...] la valorizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, la programmazione sanitaria (nazionale, regionale e locale), l'impegno a garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza, [...] il potenziamento del ruolo dei Comuni nella programmazione e valutazione dei risultati di salute, [...] l'integrazione socio-sanitaria.

A partire dal 2002, formalmente con il Piano Sanitario Regionale (d'ora in poi PSR) 2002-2004, la Regione Toscana si è distinta, nel panorama degli interventi di cambiamento organizzativo, tecnico e gestionale, a cui la legislazione nazionale sollecitava pertanto le Regioni, per l'introduzione di un modello di integrazione socio-sanitaria noto come Società della Salute (d'ora in poi SdS). Nate come forma di sperimentazione gestionale dei servizi di assistenza sociale, sanitaria e territoriale (la sperimentazione, inizialmente prevista per una durata biennale, si è effettivamente conclusa solo nel 2008), le SdS si sono imposte come realtà emergenti nel Sistema Sanitario Nazionale, modo peculiare di declinare l'impegno di integrazione nella gestione dei bisogni complessi del cittadino.

Le SdS disciplinate dalla LRT 60/08, revisione della precedente LRT 40/05, sono organismi consortili costituiti dai Comuni appartenenti a una medesima zona-distretto e dall'Azienda Unità Sanitaria Locale di riferimento per quella stessa zona (LRT 60/08; art. 71^{bis}), con la partecipazione delle associazioni del volontariato e del Terzo settore. La configurazione del modello di assistenza territoriale, sociale e sanitaria toscano conta, secondo il censimento del 2013, la costituzione di 25 SdS su un totale di 34 zone-distretto.

Il presente studio si interroga sull'opportunità di guardare l'esperienza toscana come momento di innovazione nella mutata definizione degli assetti di carattere gestionale e organizzativo. La presenza di caratteri di eterogeneità nella realtà delle SdS lascia, nel percorso di ricerca, anche spazi di riflessione sulle dinamiche particolari del processo decisionale dei nuovi consorzi, attraverso lo studio dei diversi livelli di pianificazione strategica e operativa e le relative criticità sotto un profilo di accentramento/autonomia decisionale.

In questa prospettiva, è stato prediletto un percorso metodologico che, partendo dal confronto tra *frames* teorici tipici della riflessione manageriale e organizzativa in tema di innovazione, processi decisionali e progettazione organizzativa in ottica di processo, cerca di interpretare proprio alla loro stregua i contenuti del piano normativo.

L'analisi della letteratura ha, in questo senso, permesso di porre le basi teoriche del lavoro di ricerca, che rinvia alla categoria del *case study*. L'obiettivo principale dello studio, infatti, è quello di acquisire una appropriata conoscenza del fenomeno delle SdS, ora attraverso un itinerario descrittivo, ora attraverso l'impegno a cercare punti di convergenza fra teoria ed empiria. Il percorso metodologico si è sviluppato secondo un'analisi di tipo documentale - analisi della normativa di riferimento e documenti interni prodotti dalle singole SdS - nonché attraverso lo strumento delle interviste.¹

2 Origine e caratteri innovativi della SdS

Il cambiamento nelle modalità di creazione del valore e il risultato che tale cambiamento genera nello stesso valore creato, sottintendono, nella pratica aziendale, una scelta di rinnovamento del sistema impresa, una decisione che si traduce nella sperimentazione di percorsi di innovazione.

Se l'idea di innovazione - espressione che, nel lavoro in esame, riconduce all'introduzione di nuove combinazioni di ordini² - è stata prevalentemente associata al mondo delle aziende private, quindi ritenuta prerogativa dell'universo profit, da tempo le azioni di rinnovamento e l'esistenza di dinamiche innovative interessano anche le realtà pubbliche, attraverso un crescente ricorso alle leve del cambiamento per il miglioramento del sistema di erogazione dei servizi al cliente-cittadino (Adinolfi 1998).

Nell'ambito della sanità toscana, un concreto esempio di intervento innovativo nell'organizzazione dei servizi è rappresentato dalla costituzione delle SdS, organismi consortili a cui partecipano AUSL e Comuni

1 Nel documento di programmazione regionale si legge che «Il concetto di distretto, inteso come livello a cui collocare l'organizzazione di base del sistema sanitario integrato con quello socio assistenziale, è sempre stato presente nella normativa sanitaria, ma scarsamente realizzato seppur molto discusso ed ampiamente regolamentato. La Toscana ha scelto di diventare oggi il luogo di rilancio di questa cultura, a partire dai comuni, dalla società civile, dalle associazioni, dall'esperienza dei suoi servizi territoriali, e a questo fine in alcune realtà le funzioni della zona-distretto vengono affidate in forma di sperimentazione gestionale ad organismi denominati Società della Salute».

2 Così come teorizzato da Schumpeter (1934, p. 66), lo sviluppo economico è così generato dall'introduzione di cinque possibili nuovi ordini d'azione: «the introduction of a new good, the introduction of a new method of production, the opening of a new market, the conquest of a new source of supply of raw materials or half-manufactured goods, the carrying out of the new organization of any industry».

per la realizzazione di un'offerta integrata di assistenza sociale, sanitaria e territoriale.

La nuova configurazione organizzativa è finalizzata al conseguimento di precisi outcome: la piena integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie con le attività assistenziali di competenza dei Comuni, la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale, la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale, la programmazione delle attività territoriali coerente con i bisogni di salute della popolazione (LRT 60/08, art. 71 *bis*).

La tensione verso il compimento di un progetto di riforma originale per il suo carattere di interpretazione organizzativa del concetto di integrazione, in un'ottica di *contaminazione* fra percorsi di assistenza così diversi, ma capaci di creare valore sotto l'aspetto oggettivo, soggettivo ed economico-relazionale (Macinati 2004), apre una riflessione intorno all'iter innovativo deputato alla realizzazione di simili scelte.

Nel caso in esame della SdS, l'integrazione delle attività di assistenza al cittadino costituisce il riferimento, la ragione di inizio del processo di innovazione: in altri termini, la proiezione del risultato desiderato condiziona il *modus innovandi* della nuova forma organizzativa.³

Il progetto di innovazione si realizza altresì con la scelta di coniugare il dettato normativo con un'*autonomia imprenditoriale* propria dei soggetti direttamente preposti alla guida delle SdS;⁴ ciò trova una sostanziale conferma negli studi in materia, che rilevano la tendenza pressoché generalizzata a concepire il cambiamento nelle pubbliche amministrazioni come risultato di una logica di armonizzazione delle modalità sopra indicate.⁵ È così che la prescrizione normativa assolve il ruolo di strumento per l'esplicitazione della cornice di riferimento, entro la quale creare spazi di libertà per l'attività di progettazione organizzativa. Sottolinea, in proposito, Bergamaschi (2000, p. 153) come

3 Sulla convenienza di una chiara e trasparente definizione degli obiettivi H. Simon e J.G. March (1966) riscontrano una proporzionalità diretta fra la chiarezza degli obiettivi e l'impegno connesso al raggiungimento dei medesimi.

4 «Il disegno organizzativo, del precedente PSR, peraltro non ancora compiutamente realizzato, costituisce un'importante base su cui costruire l'innovazione, resa sempre più necessaria dal nuovo scenario culturale, sociale, economico ed istituzionale. In questa realtà in continua evoluzione, le forme del cambiamento non possono essere esclusivamente 'pensate per legge', ma devono essere sperimentate e validate sul campo» (PSR Toscana 2005-2007).

5 Le due dimensioni di analisi considerate da W.J. Abernathy e K.B. Clark (1998) sono alla base della definizione stessa di innovazione proposta da K. Pavitt in Fagerberg et al. 2004, p. 88: «Innovation processes involve the exploration and exploitation of opportunities for new or improved products, processes or services, based either on an advance in technical practice ('know how'), or a change in market demand, or a combination of the two. Innovation is therefore essentially a matching process».

affidare i momenti di rinnovamento organizzativo allo strumento normativo, se da un lato consente di perseguire le finalità di imparzialità e garanzia nei confronti della collettività, dall'altro fa perdere il collegamento con la dinamicità dell'ambiente, con l'evoluzione della domanda e con le specificità del contesto interno.

La riflessione dell'autrice coglie l'esigenza di affrontare i momenti di riprogettazione organizzativa nelle aziende sanitarie secondo un'ottica più ampia, che sappia guardare oltre il dettato normativo e concepisca, altresì, elementi di legittimazione non esclusivamente autoreferenziali.

Una classificazione dei processi di innovazione molto comune in letteratura riguarda la distinzione fra interventi di innovazione incrementale e interventi di innovazione radicale (Daft 1994). Si tratta di una formulazione di tipo macro, per alcuni versi ambigua e insufficiente. Ambigua perché la valutazione del livello di profondità dell'innovazione introdotta non è tanto sottoposta a un processo di misurazione quantitativa quanto a una stima complessiva del valore aggiunto, apportato e definito in termini di differenziale innovativo; insufficiente perché i caratteri di analisi dell'oggetto innovativo richiedono un'osservazione multidimensionale. Proprio nel tentativo di cogliere elementi di giudizio plurali, lo studio di Abernathy e Clark (1988) suggerisce un'interpretazione dei modelli di innovazione contraddistinta da un maggior grado di dettaglio, attraverso l'impiego di una duplice prospettiva: da un lato, la prossimità fra conoscenze pregresse e conoscenze attuali, dall'altro, la scelta fra il mantenimento o la distruzione dei rapporti con i destinatari tradizionali (sul tema si veda, fra gli altri, Tozzi 2004).

Nella particolare configurazione del modello della SdS i legami con l'utenza si mantengono stabili, così come le conoscenze necessarie per l'erogazione del servizio. Il problema delle conoscenze e delle pratiche di lavoro nell'esperienza toscana non individua, cioè, un'alternativa netta fra distruzione e mantenimento; il caso della SdS si avvicina, con ogni probabilità, a una ricombinazione in chiave creativa di competenze già esistenti, associata a una forte esigenza di organizzazione in un'ottica di processo, con un chiaro e definito *focus* sull'utente finale.

3 La visione per processi: una possibile risposta al problema dell'integrazione socio-sanitaria

«Consentire la piena integrazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie con le attività assistenziali» e «consentire la presa in carico integrata del bisogno sanitario e sociale e la continuità del percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale» sono qualificate come finalità e funzioni principali della SdS (LRT 60/08, art. 71 *bis*); in una prospettiva di semantica,

il documento normativo impiega formule terminologiche che rivelano una certa tensione sulle modalità di realizzazione della funzione di assistenza al cittadino. In questo senso, l'introduzione di una nuova logica d'azione per lo svolgimento delle attività di assistenza lascia intendere un approccio alla gestione delle attività di tipo *process-driven*.

Il concetto di processo, variamente definito in letteratura,⁶ rimanda a un insieme di attività interdipendenti che impiegano più risorse (input) per generare un output, con un forte orientamento verso il soggetto destinatario del valore aggiunto creato nel corso di questo flusso. Le «nuove opportunità derivanti dall'intersectorialità dei percorsi» (PSR Toscana 2008-2010) suggeriscono, ancora una volta, l'esigenza di riportare a una logica di sistema qualcosa che, nella dimensione complessiva dello stato di benessere del cittadino, nasce come esperienza unitaria. Traslando quest'idea nel linguaggio dell'organizzazione, ciò che ne deriva è la convenienza a ripensare le tradizionali forme organizzative di natura funzionale, concepire, cioè, l'assistenza socio-sanitaria come un insieme di processi con una propria identità.

Il processo cui tende a conformarsi la SdS si configura in termini ancor più complessi nella misura in cui la riorganizzazione del flusso di attività fa riferimento a funzioni, quella socio-sanitaria e quella sociale, appannaggio di aziende, cioè soggetti erogatori, diversi.⁷ Così, ai tradizionali problemi di interdipendenza e di coordinamento propri degli interventi di *process reengineering* si sommano ulteriori criticità nella gestione delle relazioni fra più attori organizzativi.

La profonda interazione esistente fra i soci del consorzio lascia probabilmente escludere l'esistenza di una sola e semplice relazione di interdipendenza generica, per cui i singoli elementi del sistema organizzativo non sono direttamente connessi, ma contribuiscono, ciascuno nella misura di propria competenza, al funzionamento dell'apparato complessivamente considerato.⁸

L'esperienza della SdS rivela, fin dalla sua stessa forma giuridica, il consorzio appunto, uno sforzo nella risoluzione delle interdipendenze, che non si circoscrive quindi alla singola entità aziendale, ma coinvolge una

6 Così alcuni autori spiegano il concetto di processo: «a process is thus a specific ordering of work activities across time and place, with a beginning, an end, and clearly defined inputs and outputs: a structure for action» (Davenport 1993, p. 5); «Process. Any activity or group of activities that takes an input, adds value to it, and provides an output to an internal or external customer» (Harrington 1991, p. 9).

7 Come nota a commento Garifo (2004, p. 80): «l'impossibilità di tracciare una linea di demarcazione netta tra aspetti sanitari e demografico-sociali di una popolazione e tra tipologie di prestazioni che rispondono a bisogni complessi [...] rende opportune sia la programmazione che l'erogazione integrata dei servizi sociali e sanitari».

8 Sulla distinzione fra interdipendenze generiche, sequenziali e reciproche si veda Thompson 1991.

pluralità di soggetti: in questo senso, la riflessione sulle interdipendenze va traslata nell'ottica del network, in particolare del *network pubblico* (Barretta et al. 2009).

Il governo di interdipendenze di natura sequenziale o reciproca spiega, in questo senso, fattispecie organizzative a maggiore sforzo di coordinamento, tipico di situazioni organizzative a alto fabbisogno di integrazione, caratterizzate, rispettivamente, da una asimmetria (interdipendenze sequenziali) e simmetria (interdipendenze reciproche) nella relazione di scambio.

La relazione di scambio è a fondamento delle due categorie di interdipendenza, cosicché è la stessa cessione di beni e/o servizi a costituire l'essenza di un'interdipendenza definibile come transazionale (Grandori 1995); l'elemento di transazione si sostanzia, quindi, come elemento di collegamento, di *trait d'union*, tra soggetti che si pongono in condizioni di continuità, cioè di prossimità lungo il flusso di lavoro, per cui l'output dell'uno diviene input per l'altro. Se l'interdipendenza generica non coglie appieno i caratteri di connessione della realtà di consorzio toscano, anche le forme di interdipendenza sequenziale e reciproca deficitano come unici idealtipi di interdipendenza nello spiegare la reale natura del legame fra i soci delle SdS.

In questo senso, una dimensione di gestione per processo non esclude in alcun modo la possibilità di condurre singole attività in autonomia, con la consapevolezza dell'esigenza di riportare a una dimensione di sistema i contributi parziali; ciò significa che le attività possono essere svolte in sequenza e/o in parallelo senza per questo compromettere l'orientamento al processo (Biffi, Pecchiari 1998).

È possibile, cioè, continuare a interpretare la scelta delle SdS come una scelta di governo dell'offerta in ottica di processo: se si assumono come caratteristiche qualificanti di un processo aziendale la presenza di un insieme di attività, l'appartenenza delle stesse a professionalità differenti e la finalizzazione alla produzione di un output rilevante (Beretta 2001), il *modus operandi* del consorzio toscano non perde il tratto caratteristico di organizzazione per processi.

Ma proprio l'aspetto di finalizzazione alla produzione di un output rilevante apre a una chiave interpretativa in grado di spiegare gli effettivi rapporti di interdipendenza fra gli erogatori delle diverse prestazioni; la finalizzazione, in altri termini, fa da collante agli sforzi assistenziali degli aderenti al consorzio, lasciando intendere l'esistenza fra i soci di forme di interdipendenza associativa, normalmente caratterizzata da comportamenti coerenti e azioni condivise (Grandori 1995).

Ciò significa approntare relazioni fra gli attori in gioco, ispirate a criteri di socializzazione delle conoscenze, di confronto fra problematiche specialistiche diversificate. Proprio la dimensione del confronto fra sensibilità assistenziali differenti (sociale e sanitaria) alimenta un percorso di presa in carico del cit-

tadino, in cui i singoli contributi professionali (e di conseguenza gli attori che a tali contributi fanno capo) ricercano, nel quadro complessivo del processo a cui prendono parte, un'affinità di approccio alla risoluzione dei problemi (Del Bene, Marinò 2007). Il circolo virtuoso che ne deriva è il risultato di quest'attenzione a calibrare, tramite coordinamento, i multiformi apporti assistenziali.

Nel caso della SdS, infatti, la matrice di sussidiarietà sociale che gli enti consorziati esprimono è un elemento rivelatore dell'unità di fini che asseconda e favorisce, di riflesso, i meccanismi di coordinamento. L'investimento in comunicazione, presente in ogni relazione aziendale, ma fondamentale in una dimensione a carattere di interdipendenza intensiva, trova nella condivisione di medesimi valori, e anche di medesimi linguaggi ispirati al principio della mutualità sociale, il canale privilegiato per favorire un coordinamento più efficace ed efficiente, a conferma dello stato di profonda interconnessione e reciproca influenza fra processi di coordinamento e integrazione nelle dinamiche organizzative.

4 I sistemi di decisione nella SdS: i tre livelli della pianificazione

Le SdS nascono come laboratorio di sperimentazione gestionale della Regione Toscana, caratterizzato da un investimento di mezzi e risorse nell'ideazione e nella concreta attuazione di un modello di assistenza al cittadino, quello del consorzio, differente rispetto ai piani di welfare regionali presenti nel tessuto sociale e sanitario nazionale.

Questa libertà di concezione e azione trae la propria ragion d'essere dalle disposizioni conseguenti alla modifica del titolo V della Costituzione, che vede nella tutela della salute una delle materie di legislazione concorrenti fra Stato e Regioni (si veda al riguardo Coppola, Carbognin 2003).

Un primo elemento di riflessione sul significato della legislazione concorrente può essere rinvenuto proprio nella esistenza di più livelli di definizione degli obiettivi; la scelta dei fini (quindi la selezione dei *corsi d'azione* per il loro raggiungimento) assume una dimensione di elevata complessità nell'ambito delle istituzioni pubbliche in cui la stratificazione e l'attribuzione di facoltà decisorie sono ripartite a livello statale, regionale e locale, secondo una vera e propria filiera istituzionale (Borgonovi 2002).

L'interpretazione delle dinamiche decisorie nell'ambito dei servizi di assistenza sociale e sanitaria proprie della SdS può riconoscere nel framework teorico di Simon (1957) un modello di riferimento capace di intercettare elementi sensibili alla particolare questione organizzativa della formazione delle decisioni. A conferma della criticità del processo decisionale nelle organizzazioni di natura pubblica, la ripartizione della potestà legislativa fra più soggetti posti lungo la gerarchia istituzionale crea un vero e proprio ordine di peso e di valore negli obiettivi definiti e nelle conseguenti scelte operative.

Alla gerarchia degli organi (Stato, Regioni, AUSL e Comuni riuniti sotto il consorzio) corrisponde, di riflesso, una gerarchia dei giudizi da essi stessi formulati. Proprio a conferma di quest'idea, è il principio di legislazione concorrente che norma il processo decisionale fra Stato e Regioni; il riconoscimento di una subalternità delle scelte regionali rispetto ai principi fondamentali definiti dallo Stato costituisce una chiara evidenza dei problemi di coerenza e di rispetto che l'esercizio dell'autorità di un'entità sovra-ordinata (lo Stato) porta con sé.

La presenza e l'esercizio di autorità, a ogni modo, intervengono nel processo decisionale dei subordinati attraverso margini di imposizione e controllo diversi; «il potere di emettere decisioni che servono da guida all'azione altrui» può cioè determinare margini di autonomia più o meno ampi (Simon 1957, p. 75). In questo senso, il ruolo giocato dallo Stato nelle scelte di mutualità sociale e di assistenza sanitaria non suggerisce un atteggiamento di forte ingerenza nelle politiche regionali e locali; al contrario, mostra una volontà di creare e concedere spazi di autonomia decisionale a livelli istituzionali più vicini, direttamente coinvolti nella gestione della cosa pubblica.

La formulazione di queste finalità, che trova nel PSN il documento di relativa espressione, investe una dimensione di natura ottativa, di esplicitezza della volontà dell'istituzione, quindi del desiderio di pervenire a un ordine conforme alle suddette finalità. È questa, tipicamente, la dimensione di giudizio che Simon definisce 'di valore' e che si qualifica a tutti gli effetti come decisione, distinguendosi per il carattere di natura normativa. L'assertività dei giudizi di valore non teme valutazioni sulla bontà del contenuto; corroborare, ovvero confutare, gli obiettivi di un'organizzazione risulterebbe vano in una condizione di impossibilità di verifica empirica dei fini desiderati, in cui i concetti di verità e falsità, di correttezza e scorrettezza perdono qualsiasi significato.

Alla stessa stregua, ma a un secondo livello di produzione normativa, si pongono le scelte regionali definite a livello di PSR che appaiono, con una certa ragionevolezza, l'affermazione delle modalità di conseguimento degli indirizzi definiti in sede di PSN. L'affermazione di queste modalità d'azione conduce, nel caso particolare della Regione Toscana, al processo di sperimentazione e di successiva istituzionalizzazione delle SdS come soluzioni organizzative strumentali al successo del nuovo orientamento di assistenza integrata.

L'incertezza che la Regione si trova a governare è resa ancora più critica dalla scelta, del tutto autonoma e volontaria, di sperimentare di un percorso di gestione innovativo; la formulazione della legge 40/05 prevede, infatti, un'adesione facoltativa dei Comuni al consorzio SdS, non contemplando, tuttavia, una simile possibilità anche per le AUSL.

Il riconoscimento da parte delle Regioni di una libertà di partecipazione dei Comuni denota una sicura lungimiranza che trova nella negazione di

condotte precettive un possibile percorso verso un reale coinvolgimento degli attori organizzativi nel progetto.⁹ Benessere di tale orientamento è la stessa evoluzione delle SdS che ha conosciuto un periodo di sperimentazione prima della successiva e definitiva normazione regionale.

A fronte della proposta regionale, i Comuni si sono trovati infatti di fronte alla seguente scelta: da un lato, il mantenimento dello status quo, con piccole modifiche per una maggiore integrazione con le AUSL, dall'altro, la condivisione del consorzio come percorso innovativo di integrazione. In questo senso, il processo decisionale dei Comuni assume i connotati di una ponderazione circa la convenienza ad aderire alla forma del consorzio o a ricercare altre soluzioni, sulla falsariga dei modelli precedenti di organizzazione, per il confronto e la cooperazione in materie di natura socio-sanitaria. Invero, si realizza qualcosa di più della scelta fra due alternative: il reale valore della scelta, cioè l'elemento a maggiore criticità, è legato alla manifestazione di un proposito di cambiamento o di persistenza nel medesimo corso d'azione. L'accordo di preferenza verso un percorso di riforma svela un'aspettativa di miglioramento dell'assistenza al cittadino, perché, come, in termini più generali e più perentori, spiegano Simon e March (1966), l'inclinazione delle organizzazioni a intraprendere percorsi innovativi è stimolata da una percezione di insoddisfazione circa il corso attuale del business.

La capacità di accordare agli attori del network un'ampia discrezionalità circa i contenuti degli interventi di assistenza ai cittadini si commisura con l'autonomia di decisione a livello locale (terzo nodo decisionale dopo quello nazionale e regionale) attraverso la ricerca di soluzioni a carattere organizzativo (per lo più contenute nello Statuto delle singole SdS) che determina assetti peculiari, spesso molto diversi da una zona distretto all'altra.

Bibliografia

- Abernathy, W.J.; Clark, K.B. (1985). «Mapping the Winds of Creative Destruction». *Research Policy*, 14 (1), pp. 2-22.
- Adinolfi, P. (2008). *L'innovazione gestionale nelle organizzazioni sanitarie: Dallo Scientific Health Management alla New Health Governance*. Salerno: Brunolibri.
- Barretta, A.D.; Gepponi, A.; Monfardini, P. (2009). «La programmazione integrata in ambito socio-sanitario: Un'analisi esplorativa sulle Società della Salute in Toscana». *Mecosan*, 18 (71), pp. 99-106.

9 Sul ruolo del commitment degli attori organizzativi come elemento di successo nell'implementazione delle innovazioni si veda Repenning 2002.

- Berretta, S. (2001). *Criteri e metodologie di disegno dei processi e sistemi amministrativi*. Milano: Egea.
- Bergamaschi, M. (2000). *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*. Milano: Mc Graw-Hill Libri Italia.
- Biffi, A.; Pecchiari, N. (1998). *Process management e reengineering*. Milano: Egea.
- Bonti, M. (2000). *Dal sistema burocratico alla cultura della qualità nelle amministrazioni pubbliche*. Milano: Giuffrè.
- Borgonovi, E. (2002). *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*. Milano: Egea.
- Coppola, B.; Carbognin, M. (2003). «Il titolo V e la gestione del cambiamento nella PA». In: Butera, F. (a cura di), *Tecnologia e organizzazione per l'uomo e per l'impresa*. Milano: FrancoAngeli.
- Daft, R.L. (2004). *Organizzazione Aziendale*. Milano: Apogeo.
- Davenport, T.H. (1993). *Process innovation*. Boston: Harvard Business School Press.
- Del Bene, L.; Marinò L. (2007). «Dalle prestazioni sanitarie ai profili assistenziali: Un'applicazione dell'analisi per processi». *Azienda Pubblica*, 20 (2), pp. 323-346.
- Garifo, K. (2004). «Nuove forme di gestione dei servizi sociali dei Comuni: La sperimentazione delle Società della Salute in Toscana». *Mecosan*, 13 (51), pp. 79-91.
- Grandori, A. (1995). *L'organizzazione delle attività economiche*. Bologna: il Mulino.
- Harrington, J.H. (1991). *Business Process Improvement*. New York: Mc Graw Hill.
- Macinati, M.S. (2004). «Public governance e integrazione socio-sanitaria: I risultati di un'indagine empirica in un grande comune italiano». *Azienda Pubblica*, 17 (2), pp. 249-268.
- Pavitt, K. (2004). «Innovation Process». In: Fagerberg, J.; Mowery, D.C.; Nelson, R.R., *The Oxford Handbook of Innovation*. Oxford: Oxford University Press, pp. 86-114.
- Repenning, N.P. (2002). «A Simulation Based Approach to Understanding the Dynamics of Innovation Implementation». *Organization Science*, 13 (2), pp. 109-127.
- Schumpeter, J.A. (1934). *The Theory of Economic Development: An Inquiry into Profits, Capital, Interests and The Business Cycle*. Cambridge (MA): Harvard University Press.
- Simon, H.A. (1957). *Il comportamento amministrativo*. Bologna: il Mulino.
- Simon, H.A.; March, J.G. (1966). *Teoria dell'organizzazione*. Milano: Edizioni di Comunità.
- Thompson, J.D. (1991). *L'azione organizzativa*. Torino: Isedi.
- Tozzi, V. (2004). «La gestione per processi in sanità». *Mecosan*, 13 (50), pp. 71-80.

Stili di vita e consumo di alcol secondo una ricerca condotta tra gli anziani della provincia di Bari

Claudio Poggi (ASL Bari, Italia)

Giovanni Fiore (ASL Bari, Italia)

Antonello Taranto (ASL Bari, Italia)

Abstract Alcohol consumption patterns in the elderly is analysed with the purpose of affording proper information to prevent the risks associated with alcohol abuse in this age group and implementing the training programs for health professionals and voluntary associations. In the province of Bari, 2,202 elderly people were provided with a short questionnaire, having the aim of detecting which subjects are more likely to abuse alcohol: by means of a shortened version of the AUDIT test, it was possible to examine how and to what extent alcoholic beverages are consumed. The answers have been associated to potential chronic conditions and a daily use of medications. The findings measure that 19% of the elderly people interviewed show evidences of hazardous alcohol consumption, which increases at the age of retirement and decreases after the age of 75. Furthermore, it can be observed that a hazardous alcohol consumption occurs in a percentage between 14 and 15% among those who, respectively, suffer from chronic condition and/or take medications.

Sommario 1. Introduzione. – 2. Il contesto in cui è maturata la ricerca. – 3. Caratteristiche metodologiche della ricerca. – 4. Risultati. – 4.1. Caratteristiche socio anagrafiche degli anziani che hanno risposto al questionario. – 4.2. Le patologie degli anziani intervistati. – 4.3. Frequenza del bere, quantità e stili di consumo dell'alcol da parte degli anziani. – 5. AUDIT: un indice sintetico per l'individuazione dei soggetti affetti da bere problematico ('a rischio'). – 6. Stili di consumo dell'alcol in rapporto alle condizioni di salute dell'anziano. – 6.1. Bere rischioso e malattia cronica. – 6.2. Bere rischioso e consumo di farmaci. – 7. Stili di consumo dell'alcol e condizioni sociali dell'anziano. – 8. Le motivazioni della non assunzione di alcol. – 9. Conclusioni.

Keywords Aging. Alcohol abuse. Prevention.

1 Introduzione

L'abuso e la dipendenza dall'alcol negli anziani, gli specifici problemi di salute che ne derivano nonché l'assetto *age oriented* dei servizi di prevenzione, cura e riabilitazione sono tematiche di solito poco affrontate negli studi e nelle ricerche su alcol e relative problematiche. Possiamo dire, ricordando il titolo di un contributo di Emanuele Scafato, che quando parliamo di 'alcol e anziani' ci troviamo di fronte a un «obiettivo negletto della prevenzione basata sull'evidenza» (cfr. Scafato 2010).

Le motivazioni di questa carenza possono avere tante spiegazioni. Una particolare attenzione va posta all'approccio culturale verso il consumo di bevande alcoliche: per l'anziano la percezione del rischio risulta più sfumata e nascosta, in quanto, differentemente dal giovane, esibisce comportamenti più conformi a una modalità di bere comunemente accettata, secondo la cultura di tipo mediterraneo, caratterizzata soprattutto dall'uso del vino a pasto.

2 Il contesto in cui è maturata la ricerca

La ricerca sulle abitudini di consumo alcolico degli anziani è stata realizzata nell'ambito del progetto *Il consumo d'alcol negli anziani: L'informazione per la prevenzione*, condotto nel 2011 dal Dipartimento delle Dipendenze Patologiche della ASL di Bari con finanziamento del Ministero della Salute. Tale progetto ha previsto di attivare in cinque distretti della ASL della Provincia di Bari (capofila il distretto di Modugno) due interventi di ricerca-azione e informazione, orientati alla prevenzione dell'abuso alcolico e delle patologie alcol-correlate negli anziani. Tali interventi hanno avuto come destinatari sia i medici di base, con l'obiettivo di favorire una conoscenza più approfondita degli effetti dell'assunzione di alcol nel processo di invecchiamento e dell'interazione tra l'alcol e i farmaci, di cui gli anziani sono forti assuntori, sia gli stessi anziani, contattati tramite associazioni del terzo settore, parrocchie, servizi sociali, associazioni di categoria e sindacali. Rispetto agli anziani si è perseguito l'obiettivo di fornire informazioni ed educazione così da favorire una modifica nello stile di consumo di alcolici, al fine di prevenire i danni da abuso e il manifestarsi di patologie alcol-correlate, che andrebbero ad associarsi a quelle già in atto nell'anziano.

Il progetto si è concluso con un convegno e con la pubblicazione di un opuscolo informativo e di brochure esplicative, rivolti alle associazioni della terza età, agli studi dei medici di base e alle farmacie della provincia di Bari, contenenti i risultati della ricerca effettuata sugli anziani e le raccomandazioni su un corretto approccio alla bevanda alcolica. Ai medici di medicina generale è stato consegnato, inoltre, un CD contenente indicazioni operative per la conduzione dell'intervento breve a fini diagnostici e preventivi. In questo contesto, focalizziamo la nostra attenzione sui risultati della ricerca rivolta agli anziani.

3 Caratteristiche metodologiche della ricerca.

La ricerca ha interessato 2.202 soggetti (di età superiore a 60 anni) contattati presso associazioni, parrocchie, università della terza età, o, singolarmente, da un gruppo di operatori (educatori, assistenti sociali, infermieri)¹ dei SerT afferenti ai seguenti distretti della ASL di Bari: DSS 1 (Molfetta); DSS 2 (Corato); DSS 5 (Grumo Appula); DSS 9 (Modugno); DSS 12 (Conversano e Monopoli).

Agli anziani contattati è stato sottoposto un breve questionario, composto da 13 domande, in cui sono state indagate le seguenti aree:

- la situazione anagrafica del soggetto (sesso, età, residenza, stato civile, titolo di studio e tipo di convivenza);
- la presenza di malattie croniche e l'eventuale assunzione quotidiana di farmaci;
- gli stili di vita relativi alle modalità, alla quantità e alla frequenza di assunzione di bevande alcoliche;
- le motivazioni dell'eventuale non assunzione di alcol.

Non si tratta di una ricerca campionaria. Le educatrici e gli altri operatori che hanno partecipato alla distribuzione dei questionari nei distretti interessati dall'indagine avevano il mandato di fare una mappatura del territorio, di contattare associazioni, parrocchie ed enti, nonché di recarsi presso quei luoghi in cui vi è una maggiore concentrazione di anziani (es. circoli ricreativi) e proporre, ai responsabili delle associazioni o agli stessi anziani, la compilazione del questionario, che è di facile comprensione. Dati questi limiti, non è lecito trarre inferenze statisticamente significative dalla ricerca, ma lo è considerarla un utile punto di partenza per impostare strategie preventive efficaci.

¹ Il gruppo di lavoro, che ha partecipato a tutte le fasi della ricerca, era formato, oltre che dagli estensori del presente articolo, in qualità di responsabili scientifici e coordinatori del progetto, da: Anna Cirasole, Mariella Lastella, Margherita Sfarzetta, Angela Marcone, Mariella Cortese, Maria Antonia Gambino, Filomena Mazzone, Domenichella Lovecchio, Anna Di Bello, Marianna Pantaleo, e dai responsabili SerT Vincenzo Leone ed Eugenia Vernole.

4 Risultati

4.1 Caratteristiche socio anagrafiche degli anziani che hanno risposto al questionario

Al questionario hanno risposto **2.202** anziani, così suddivisi per sesso ed età:

Tabella 1. Età degli anziani che hanno risposto al questionario *, distinta per sesso

Classi d'età	N	%	Maschi	%	Femmine	%
60-64 anni	421	19,1	205	18,6	207	20,0
65-69 anni	504	22,9	255	23,1	240	23,2
70-74 anni	528	24,0	279	25,3	240	23,2
75-79 anni	345	15,7	197	17,8	137	13,2
80-84 anni	247	11,2	116	10,5	124	12,0
85 +	145	6,6	52	4,7	88	8,5
Non risposte	12	0,5				
Totale	2.202	100,0	1.104	50,3	1.036	47,3

* I questionari compilati da persone con meno di 60 anni sono stati eliminati. 4 maschi e 6 femmine non hanno indicato l'età. 52 intervistati non hanno indicato il sesso.

Esiste una sovrarappresentazione dei maschi (50,3%) rispetto alle femmine (47,3%) e sono prevalenti le classi d'età che vanno dai 65 ai 74 anni, sia per i maschi (con un'accentuazione per la classe d'età 70-74) che per le femmine.

Inoltre, più della metà dei soggetti intervistati risultano sposati e poco meno di un terzo sono i vedovi; per quanto concerne le condizioni abitative, poco più di un quinto degli intervistati vive da solo/a, mentre quasi due terzi dichiara di vivere in famiglia, con il partner e/o con la presenza di figli. Il 5% dei questionari è stato somministrato ad anziani che vivono in istituto. Per quanto concerne il titolo di studio, poi, è risultata prevalente la licenza elementare (45,3%), mentre ridotta è la percentuale di anziani con licenza di scuola media superiore (13,6%) o laurea (4,4%). Circa il 10% ha dichiarato di non avere nessun titolo di studio.

4.2 Le patologie degli anziani intervistati

Il 50% circa degli anziani intervistati (tab. 2) soffre di una malattia cronica e circa il 70% (tab. 3) ha dichiarato di assumere farmaci (il 40% più di un farmaco quotidianamente). Ma, in quest'ultimo caso, i non rispondenti sono in numero piuttosto elevato (347: il 15,8% degli intervistati).

Tabella 2. Presenza di malattia cronica

	N	%
Si	1.097	49,8
No	1.007	45,7
Non risponde	98	4,5
Totale	2.202	100,0

Tabella 3. Assume farmaci

	N	%
No	317	14,4
Si , uno solo	657	29,8
Si, più farmaci	881	40,0
Non risponde	347	15,8
Totale	2.202	100,0

La discrepanza tra il numero di anziani che ha dichiarato di avere una malattia cronica (1.097) e il numero ben superiore di coloro che hanno dichiarato di assumere uno o più farmaci (complessivamente 1.538) è indicativa, a nostro avviso, di una scarsa percezione del concetto di ‘malattia’ per quegli eventi, ad esempio l’ipertensione, che apparentemente non hanno contenuto invalidante per l’anziano.

4.3 Frequenza del bere, quantità e stili di consumo dell’alcol da parte degli anziani

Il modo di bere alcolici da parte degli anziani intervistati è stato analizzato prendendo in considerazione una versione abbreviata dell’AUDIT² (Alcohol Use Disorders Identification Test), l’AUDIT-C, test rapido per l’individuazione del bere cosiddetto problematico o rischioso.

Generalmente si considera ‘a rischio’ un livello di consumo o una modalità del bere che possono determinare un danno per la salute del soggetto, nel caso di persistenza nel tempo di tali abitudini. Il limite è fissato in una unità alcolica giornaliera standard³ per chi ha più di 65 anni d’età. Infatti,

² Cfr. Hodgson, Alwyn, John 2002. La forma abbreviata AUDIT-C (o short-AUDIT), cui ci stiamo riferendo, prende in considerazione solo tre dei dieci item considerati dal test completo.

³ L’unità alcolica corrisponde a un bicchiere di vino a 12° di 125 ml, un boccale di birra da 330 ml, un bicchierino di superalcolico da 40 ml, un bicchiere di aperitivo da 80 ml.

negli anziani aumenta la sensibilità all'alcol per cause fisiologiche collegate ai processi di invecchiamento, sia corporeo che cerebrale (Anderson, Scafato 2010).

I tre item inseriti nell'AUDIT-C prendono in considerazione i seguenti aspetti del modo di bere del soggetto: la frequenza; la quantità di alcolici consumati in un' unica occasione di bevuta; la frequenza del cosiddetto 'binge drinking' (bere smodato, eccessivo), cioè il bere sei o più bevande alcoliche in una sola volta.

Per come sono strutturate le domande, il test AUDIT non permette di discriminare chi consuma almeno una unità alcolica giornaliera, perché le categorie di risposta, in relazione alla richiesta del numero di bevande consumate mediamente in un giorno, tengono unite le quantità 1 e 2. Abbiamo comunque deciso di utilizzare tale test, che individua dei parametri di riferimento certi e già testati per l'individuazione dei soggetti a rischio: la possibile comparazione con altre ricerche (si veda, ad esempio, la ricerca *Passi d'argento* («Passi d'argento» 2010) condotta in Puglia dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale) deve tenere conto di questi limiti.

4.3.1 La frequenza del bere

Alla domanda «**con che frequenza consuma bevande contenenti alcol?**» gli intervistati si distribuiscono nel seguente modo:

Tabella 4. Frequenza del consumo di bevande alcoliche, per sesso e per età

			Sesso (val %)		Età (val. %)		
			M	F	60-64	65-74	75 +
Mai	790	35,9	24,5	49,3	32,2	33,4	44,0
Meno di una volta al mese	277	12,6	11,6	14,4	17,6	13,1	9,8
Da 2 a 4 volte al mese	213	9,7	9,6	10,3	12,0	10,7	7,7
Da 2 a 3 volte a settimana	272	12,4	14,4	11,2	14,4	14,0	9,7
4 o più volte a settimana	598	27,2	40,0	14,8	23,9	28,8	28,8
Non risponde	52	2,4					
Totale	2.202	100,0					

Analizzando i dati in tabella, notiamo che più di un terzo dei soggetti intervistati (35,9%) dichiara di non bere e che il sesso è una variabile discriminante, nel senso che i maschi bevono in maniera significativamente superiore rispetto alle femmine (cfr. le opzioni 'mai' e '4 o più volte la settimana'). Con l'incremento dell'età, aumenta il livello di regolarità quo-

tidiana nel bere alcolici: dal 23,9% dei 60-64enni che beve '4 o più volte la settimana', si passa al 28,8% degli over 65enni; mentre coloro che hanno più di 75 anni hanno dichiarato di bere con meno frequenza (il 44% non beve 'mai').

4.3.2 Le quantità di alcol bevute

Alla domanda «**nei giorni in cui beve, quante bevande alcoliche consuma in media?**» gli intervistati si distribuiscono nel seguente modo:

Tabella 5. Quantità di bevande alcoliche consumate in media, per sesso e per età

Quantità bevande	N	%	Sesso (val %)		Età (val. %)		
			M	F	60-64	65-74	75 +
1 o 2	1.859	84,4	80,2	94,4	90,5	84,3	89,2
3 o 4	225	10,2	16,8	4,4	7,1	13,1	9,2
5 o 6	28	1,3	1,8	0,7	1,0	1,4	1,4
7 o 8	10	0,5	0,6	0,2	0,7	0,7	0,0
10 +	9	0,4	0,6	0,3	0,7	0,5	0,1
Non risponde	71	3,2					
Totale	2.202	100,0					

Analizzando i dati in tabella, notiamo che il 12,4% degli intervistati, quando beve, consuma tre o più unità alcoliche al giorno, percentuale che sale quasi al 20% tra i maschi, mentre scende al 5,6% tra le femmine. Rispetto al parametro dell'età, si nota mediamente un incremento della quantità di alcol consumato giornalmente nel passaggio dalla fascia d'età 60-64 anni a quella 65-74 anni; dopo i 75 anni, invece, la quantità di alcol consumato tende di nuovo a diminuire.

Abbiamo evidenziato, inoltre, un'apparente incongruenza tra il dato riscontrato nella risposta alla domanda precedente sulla frequenza del consumo di bevande alcoliche e il numero di soggetti che ha dichiarato la quantità media di unità alcoliche consumate all'occasione di bevuta: tale numero copre quasi tutto il campione intervistato. Ne deduciamo, anche esaminando le risposte ad alcune domande aperte, che i 790 soggetti che hanno dichiarato di non bere mai alcolici, non è detto che non tocchino alcol, ma può semplicemente essere che non si valutino secondo l'accezione negativa che viene data al termine 'bevitore', giacché consumano l'alcol in occasioni che ritengono di 'normale' assunzione (es. qualche volta durante i pasti).

4.3.3 Il *binge drinking*, ovvero il bere smodato

Il terzo aspetto indagato, relativo allo stile di consumo di alcol tra gli anziani, riguarda il cosiddetto *binge drinking*. Alla domanda «**con quale frequenza le capita di consumare sei o più bevande alcoliche in un'unica occasione?**» gli intervistati si distribuiscono nel seguente modo:

Tabella 6. Frequenza del *binge drinking* (bere smodato) tra gli anziani, per sesso e per età

	N	%	Sesso (val %)		Età (val. %)		
			M	F	60-64	65-74	75 +
Mai	1.758	79,8	74,1	90,9	84,8	80,8	82,5
Meno di 1 volta/mese	265	12,0	17,9	6,7	10,4	12,3	13,5
1 volta/mese	68	3,1	4,7	1,4	2,4	4,3	2,1
1 volta/settimana	30	1,4	2,1	0,6	1,2	1,9	0,8
Ogni giorno quasi	19	0,9	1,1	0,4	1,2	0,6	1,1
Non risponde	62	2,8					
Totale	2.202	100,0					

La percentuale complessiva di coloro che dichiarano di bere in maniera eccessiva, pur con frequenze variabili, è del 17,4%; quelli che lo fanno con maggiore frequenza (1 volta al mese o più) corrispondono al 5,4%. Il sesso è, anche in questo caso, una variabile discriminante, nel senso che il comportamento del bere smodato è presente nel 25,8% dei maschi a fronte del 9,1% delle femmine. Per quanto concerne l'età, si nota un leggero incremento del comportamento a rischio dopo i 65 anni.

5 AUDIT: un indice sintetico per l'individuazione dei soggetti affetti da bere problematico ('a rischio')

La somma dei punteggi ottenuti per ciascuna delle tre domande testé esaminate (ognuna delle quali ha un range che va da 0 a 4), permette di distribuire i soggetti intervistati su una scala che va da 0 (assenza di rischio) a 12 (massimo rischio). Il maschio si considera un probabile bevitore a rischio quando raggiunge il punteggio 5, la femmina quando raggiunge il punteggio 4 (cfr. Scafato et al. 2011).

La tabella 7 individua la distribuzione dei soggetti intervistati, secondo il punteggio ottenuto al test AUDIT-C.

Tabella 7. Distribuzione degli anziani intervistati secondo il punteggio rilevato al test AUDIT-C (valori assoluti e percentuali) con distinzione per sesso (valori percentuali)

Punteggio	N	%	Maschi %	Femmine %
0	777	35,3	23,4	47,3
1	202	9,2	7,8	10,9
2	189	8,6	7,9	9,4
3	227	10,3	10,4	10,2
4	395	17,9	24,4	11,5
5	111	5,0	8,2	1,7
6	109	5,0	8,2	1,7
7	28	1,3	2,1	0,5
8	21	1,0	1,3	0,4
9	10	0,5	0,7	0,1
10	4	0,2	0,3	0,1
11	4	0,2	0,1	0,2
12	2	0,1	0,2	0,0
Non risponde	123	5,6	5,0	6,0
Totale	2.202	100,0	100,0	100,0

Le caselle a sfondo giallo delimitano la quota dei soggetti maschi che tendono a bere in eccesso; le caselle a sfondo verde delimitano la quota delle femmine che hanno il medesimo problema.

Suddividendo i soggetti, già ripartiti nella tabella precedente, tra chi beve in modo sicuro (non dannoso per la salute) e chi denota una modalità rischiosa o più problematica di bere, la distribuzione degli intervistati, tenuto conto anche della distinzione per sesso, è la seguente:

Tabella 8. Distribuzione degli anziani intervistati secondo il modo di bere (sicuro/a rischio) con distinzione per sesso (valori assoluti e percentuali)

Modo di bere alcol	Maschi		Femmine		Totale	
	tot.	%	tot.	%	tot.	%
Sicuro	819	73,9	811	77,9	1.630	75,8
A rischio	234	21,1	168	16,1	402	18,7
Non risponde	55	5,0	63	6,0	118	5,5
Totale	1.108	100,0	1.042	100,0	2.150	100,0

N.B.: 52 soggetti non hanno indicato il sesso, pertanto non risultano classificabili nella tabella.

Come vediamo sono 402, il 18,7% (un po' meno di un quinto), gli anziani che evidenziano una modalità problematica di assunzione di alcolici, che

può diventare rischiosa per la salute. Tale problematicità è, percentualmente, più diffusa tra i maschi (21,1% nei maschi vs. 16,1% nelle femmine).

Per quanto concerne l'individuazione dei bevitori a rischio in rapporto all'età, la tabella 9 mette in evidenza come si distribuiscono, in percentuale, gli anziani intervistati nelle fasce d'età individuate.

Tabella 9. Distribuzione degli anziani intervistati secondo il modo di bere (sicuro/a rischio) con distinzione per età (valori percentuali)

Modo di bere	Età %		
	60-64	65-74	75 +
Sicuro	84,4	78,2	80,6
A rischio	15,6	21,8	19,4
Totale	100,0	100,0	100,0

Anche in questo caso la percentuale di soggetti che denotano uno stile rischioso nel modo di bere si eleva nella fascia d'età che va dai 65 ai 74 anni (dal 15,6% dei 60-64enni si passa al 21,8% dei 65-74enni), per ridiscendere nella classe d'età più anziana (19,4%).

6 Stili di consumo dell'alcol in rapporto alle condizioni di salute dell'anziano

Vediamo ora se esistono delle associazioni tra il modo di bere rischioso e le condizioni di salute degli anziani, riguardo a due indicatori: la presenza o meno di malattia cronica e il consumo di farmaci.

Nell'analisi dei dati che seguono operiamo sempre confronti in base al sesso, in quanto, come abbiamo visto, sono diverse le soglie d'accesso alla fascia di consumo rischioso per maschi e femmine. Inoltre, tra coloro che secondo il test AUDIT bevono in maniera sicura operiamo una distinzione tra chi comunque beve con una certa assiduità e chi, interrogato sulla frequenza del consumo di alcol, ha dichiarato di non bere, anche se, come abbiamo visto, ogni tanto fa uso di alcolici. Infatti, in presenza di una malattia cronica o di assunzione quotidiana di farmaci, anche il bere moderato può diventare rischioso per la salute del soggetto, ed è quindi bene evidenziare questa condizione dal punto di vista epidemiologico.

6.1 Bere rischioso e malattia cronica

L'analisi dei dati (tab. 10) evidenzia che il **7%** del totale degli intervistati (153) consuma in maniera rischiosa l'alcol, pur in presenza di una malattia cronica. Costoro corrispondono al **14%** di quanti hanno dichiarato di avere una malattia cronica e al **38%** di quanti invece sono considerati bevitori a rischio. **423** anziani, il **38,6%** di quelli malati cronici, dichiarano di bere lo stesso, anche se in maniera moderata e non rischiosa, pur essendo stata loro diagnosticata una malattia cronica.

Complessivamente, la malattia cronica si associa a una diminuzione del consumo rischioso di alcol (13,9% sono i consumatori a rischio in presenza di malattia cronica, a fronte del 23,6% riscontrato tra coloro che non hanno malattia cronica).

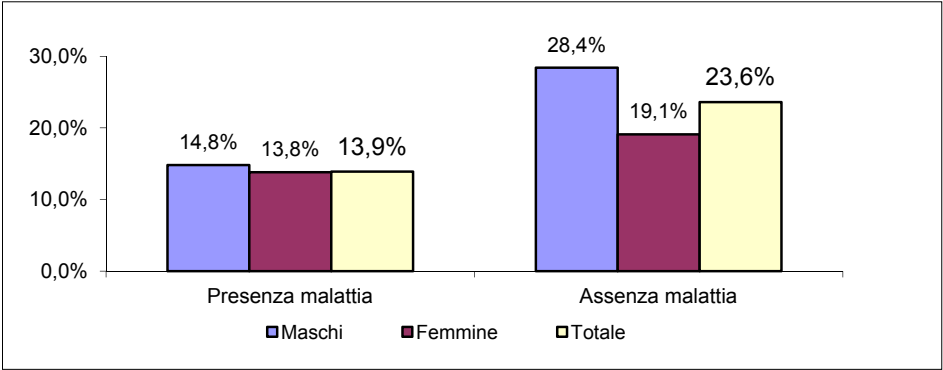
Tabella 10. Distribuzione degli anziani intervistati secondo il modo di bere e la presenza di malattia cronica

Malattia cronica	Modalità di bere				Totale
	A rischio	Non a rischio	Non beve	Non risponde	
Si	153 (13,9%)	423 (38,6%)	464 (42,3%)	57 (5,2%)	1.097 (100%)
No	238 (23,6%)	414 (41,1%)	312 (31,0%)	43 (4,3%)	1.007 (100%)
Non risp.	11	27	40	20	98
Totale	402	864	816	170	2.202

L'odds ratio calcolata sui dati della tabella 10 (presa in considerazione la dicotomia 'beve a rischio/non beve a rischio'), avendo un valore di **0,53**, ($\chi^2 = 30,807$, significativo per $p < 0.0001$), ben al di sotto dell'unità, conferma l'esistenza di una relazione negativa tra l'esposizione alla malattia e il bere a rischio. Tale funzione 'protettiva' della malattia nei confronti del consumo rischioso di alcol è più forte nei maschi (che presentano odds ratio di **0,44**) e meno nelle donne (che presentano odds ratio di **0,68**).

Il grafico 1 conferma quanto detto sopra e mostra la maggiore reattività dei maschi alla presenza di una malattia cronica: infatti, quando si presenta tale evento, la percentuale di bevitori a rischio scende, tra i maschi, di 13,6 punti percentuali (dal 28,4 % al 14,8%), a fronte di un calo del 5,3%, riscontrato tra le femmine in condizione analoga.

Grafico 1. Percentuale di anziani con stili rischiosi di consumo di alcol secondo la presenza/ assenza di malattia e secondo il sesso



È da rilevare, inoltre, che nel gruppo maschile dei bevitori a rischio, quelli che soffrono di una malattia cronica sono il 34,6%; mentre nell’analogo gruppo delle femmine, quelle con malattia cronica raggiungono il 42,9%.

6.2 Bere rischioso e consumo di farmaci

L’associare il consumo d’alcol, anche moderato, all’assunzione quotidiana di farmaci, che abbiamo visto essere una condizione abbastanza diffusa tra gli anziani, può moltiplicare gli effetti negativi sullo stato di salute dell’anziano stesso. L’analisi dei dati (tab. 11) evidenzia che circa il **10,4%** del totale degli intervistati (**224**) consuma in maniera rischiosa l’alcol pur assumendo quotidianamente farmaci; questi corrispondono al **14,6%** di coloro che assumono farmaci e al **55,7%** di coloro che sono considerati bevitori a rischio. **597** anziani (il **38,8%** di chi assume farmaci) dichiarano di bere lo stesso, seppur in maniera moderata e non rischiosa, anche assumendo farmaci.

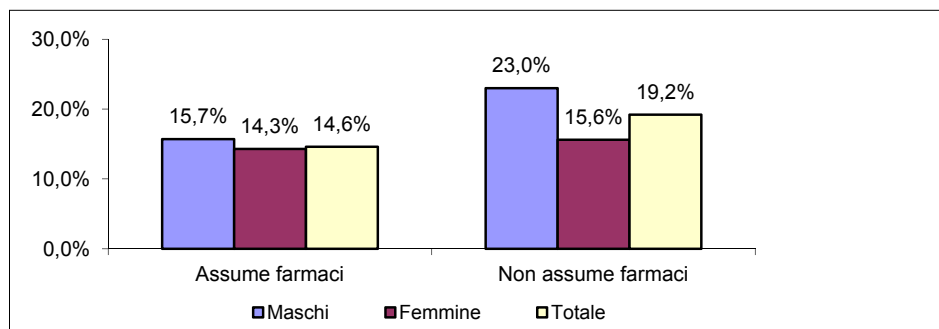
Tabella 11. Distribuzione degli anziani intervistati secondo il modo di bere e l’uso di farmaci

Modalità di bere					
Assume farmaci	A rischio	Non a rischio	Non beve	Non risponde	Totale
Si	224 (14,6%)	597 (38,8%)	627 (40,7%)	90 (5,9%)	1.538 (100%)
No	61 (19,3%)	139 (43,8%)	102 (32,2%)	15 (4,7%)	317 (100%)
Non risp.	117	128	87	15	347
Totale	402	864	816	120	2.202

Anche l'impiego di farmaci si associa a una diminuzione del consumo rischioso di alcol (14,6% sono i consumatori a rischio che utilizzano farmaci, a fronte del 19,3% riscontrati tra coloro che non consumano farmaci), ma la differenza percentuale è più contenuta rispetto a quella riscontrata per la malattia.

In questo caso, l'odds ratio calcolata sui dati della tabella 13, ha un valore di **0,74**, al di sotto dell'unità, e conferma l'esistenza di una relazione negativa tra il consumo di farmaci e il bere a rischio. Tuttavia, tale relazione è evidente per i maschi (che presentano odds ratio di **0,63**, con $\chi^2 = 4,860$, significativo per $p < 0,036$), ma praticamente assente (con odds ratio di **0,90**, non significativa) per le donne. Ciò significa che per queste ultime, il fatto di usare farmaci non comporta una significativa diminuzione del bere rischioso. Il grafico 2 mette in evidenza la differenza di comportamento nel bere a rischio tra maschi e femmine a seconda che sia presente o meno il consumo di farmaci.

Grafico 2. Percentuale di anziani con stili rischiosi di consumo di alcol secondo l'assunzione o meno di farmaci e secondo il sesso



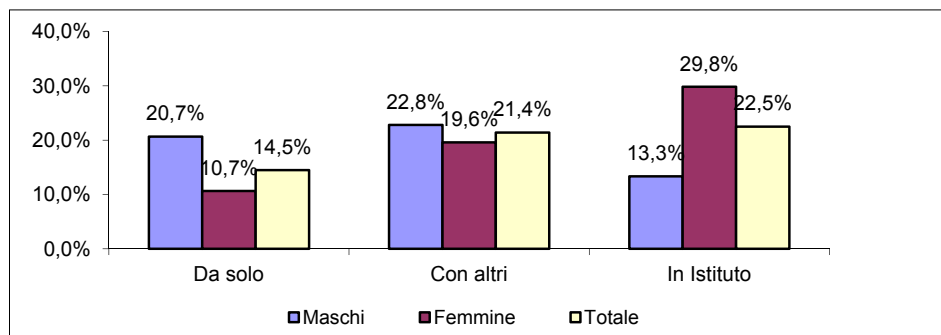
Va rilevato, inoltre, che nel gruppo maschile dei bevitori a rischio, quelli che assumono farmaci sono il 50,1%; mentre nell'analogo gruppo femminile, quelle che assumono farmaci raggiungono il 62,5%.

7 Stili di consumo dell'alcol e condizioni sociali dell'anziano.

Abbiamo infine cercato di capire se esiste un'associazione tra le variabili che connotano la condizione sociale dell'anziano (stato civile, convivenza e titolo di studio) e lo stile rischioso di bere alcol. Per i maschi, ad esempio, abbiamo riscontrato che la condizione di separazione/divorzio e quella di celibato si associano a un innalzamento della percentuale di soggetti che bevono in maniera rischiosa; il contrario avviene per le femmine.

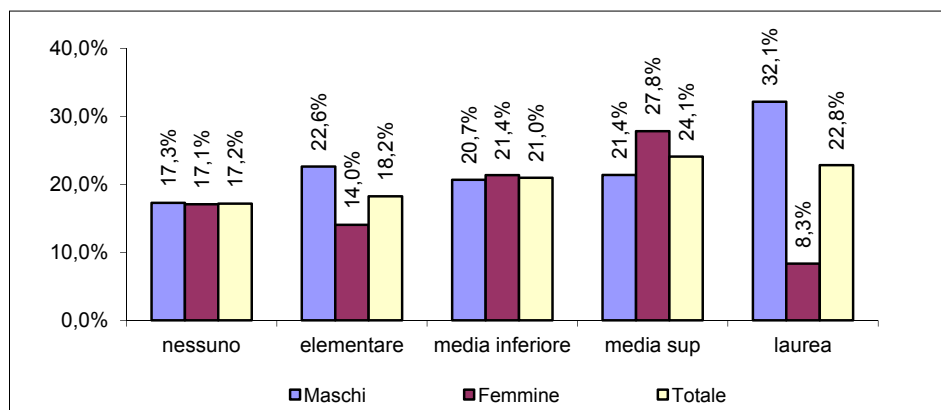
Per quanto concerne la situazione abitativa (graf. 3) il vivere soli è meno associato (soprattutto per le donne) al bere rischioso, che pare più correlato, invece, a contesti in cui si vive con altri (partner, figli, ecc.); da notare, in particolare, che tra le 57 donne che vivono in Istituto, le bevitrici problematiche raggiungono il 30%. Sembra, quindi, che le donne tendano a incrementare il livello del bere rischioso a fronte di un incremento del proprio livello di socialità.

Grafico 3. Percentuale di anziani con stili rischiosi di consumo di alcol secondo le forme di convivenza/solitudine e secondo il sesso



Infine, si riscontra un'associazione positiva tra consumo di alcol e titolo di studio (nel senso che a un più elevato titolo di studio corrisponde un incremento del consumo di alcol); tale associazione sembra confermata anche da altre indagini (cfr., ad esempio, il già citato studio *Passi d'Argento*), anche se i parametri usati per definire il bere a rischio nelle due ricerche non sono pienamente coincidenti.

Grafico 4. Percentuale di anziani con stili rischiosi di consumo di alcol secondo il titolo di studio e secondo il sesso



8 Le motivazioni della non assunzione di alcol

L'ultima domanda del questionario chiede agli anziani intervistati che hanno dichiarato di non bere le ragioni della non assunzione di alcol. Le risposte fornite si distribuiscono nel modo seguente:

Tabella 12. Distribuzione degli anziani intervistati secondo il motivo per cui non bevono alcolici

	N	%
Per problemi di salute	304	29,3
Perché assumo farmaci	79	7,6
Perché non sento desiderio	465	44,8
Perché sono astemio/a	191	18,4
Per altri motivi	31	3,0
Totale	1.039	100,0

Il numero di anziani che ha risposto alla domanda è superiore al totale di coloro che avevano dichiarato di non bere mai alcolici. Ha, infatti, risposto anche chi ha dichiarato di bere saltuariamente. Notiamo che la motivazione 'Perché assumo farmaci' ha avuto una bassa percentuale di risposte.

9 Conclusioni

Dai dati sopra esposti possiamo trarre le seguenti conclusioni:

1. l'assunzione di alcol tra gli anziani intervistati rispecchia, in una certa misura, le abitudini alcoliche rilevate nella popolazione generale. Utilizzando le soglie di punteggio del test AUDIT-C, abbiamo riscontrato quanto segue: più di un terzo degli anziani intervistati (36%) si percepisce come 'non bevitore', pur bevendo, a volte, alcolici in situazioni di socialità, a pasto, ecc.; il 45% degli intervistati ha una modalità non rischiosa di approccio all'alcol, mantenendosi, cioè, all'interno dei limiti quotidiani di assunzione di unità alcoliche consigliati dalla comunità scientifica per non incorrere nell'abuso; il 19% si colloca, invece, in una fascia di consumo rischioso, che, se protratta nel tempo, può generare patologie alcol-correlate;
2. esiste una prevalenza di consumo rischioso di alcol nel genere maschile e abbiamo riscontrato esserci un innalzamento dei livelli di consumo di alcol nel passaggio da una fase di vita ancora lavorativa a quella successiva in cui diventa prevalente la condizione di pensionamento;
3. abbiamo esplorato alcuni significativi fattori di rischio per la salute degli anziani, derivanti dall'associazione del consumo alcolico con

la presenza di malattia cronica e con l'uso dei farmaci. Mediamente, c'è un uso rischioso di alcol in una percentuale che varia dal 14 al 15% dei soggetti che, rispettivamente, soffrono di patologie croniche e/o usano farmaci; e sempre all'interno del gruppo di soggetti che soffrono di patologie croniche e/o usano farmaci, il 38% circa di anziani fa comunque un uso moderato di alcol, che può essere incompatibile con le particolari condizioni di salute;

4. trova conferma, nella nostra indagine, l'associazione positiva tra consumo di alcol e titolo di studio, già rilevata nella ricerca *Passi d'argento*, curata per la Puglia dall'Osservatorio epidemiologico regionale;
5. le associazioni tra bere rischioso e condizione di convivenza/solitudine o condizione di stato civile sono contraddittorie: la socialità, soprattutto per le donne, incrementa la propensione al bere; mentre, per quanto concerne lo stato civile, separazioni e divorzi sono associati a una maggiore propensione al bere, ma ciò è vero prevalentemente nel maschio.

Bibliografia

- Anderson, P.; Scafato, E. (2010). «Alcohol and Older People: A Public Health Perspective: Vintage Project Report» [online]. Istituto Superiore di Sanità, novembre 2010. Disponibile all'indirizzo http://www.epicentro.iss.it/vintage/download_report.asp (2015-07-30).
- Hodgson, R.; Alwyn, T., John, B. (2002). «The Fast Alcohol Screening Test». *Alcohol and Alcoholism*, 37, pp. 61-66.
- «Passi d'argento» (2010). «Passi d'argento: La qualità della vita percepita dalle persone con più di 64 anni». *OER Puglia: Trimestrale dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale*, 12 (1-4), supplemento.
- Scafato, E. (2010). «Alcol e anziani: Un obiettivo negletto della prevenzione basata sull'evidenza» [online]. *Alcol e anziani: Giornata monotematica nazionale SIA* (Pavia, 26 novembre 2010). Disponibile all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/temi/alcol/Sia2010.asp> (2015-07-30).
- Scafato, E. et al. (2007) «Alcol: I consumi a rischio e le tendenze del bere in Italia» [online]. Centro collaboratore WHO, Osservatorio Nazionale Alcol; CNESPE; Istituto Superiore di Sanità. Disponibile all'indirizzo http://www.epicentro.iss.it/alcol/pdf/Apd07-consumi_rischio.pdf (2015-07-30).
- Scafato, E. et al. (2011). *AUDIT: Intercettare precocemente e prevenire è meglio che rischiare* [online]. Disponibile all'indirizzo <http://www.epicentro.iss.it/alcol/audit.pdf> (2015-07-30).

Solidarietà e comunità nell'integrazione socio-sanitaria

Giuseppe Tribuzio (Università degli Studi di Bari «Aldo Moro», Italia)

Abstract The current crisis of the welfare state, due to its economic indefensibility, induces social and health policies to rediscover the value of community and solidarity, as it is indicated in the second article of the Republic Constitution. The community, heretofore obsolete and unable to listen to people's needs, has to become the place in which human relations are reactivated. Therefore, it is necessary the birth of a new culture, able to educate to solidarity, volunteering and the disinterested gift and to promote community as a reality that cures the social. A community, understood in this way, takes on a new role, that of real protagonist, capable of offering support to those who need it, before it is required.

Sommario 1. Introduzione. – 2. Solidarietà come necessità. – 3. Il ritorno alla comunità. – 4. Uno sguardo sociologico alla comunità. – 5. Educare alla comunità.

Keywords Community. Solidarity. Welfare.

1 Introduzione

Da più di un decennio, ormai, le politiche sociali stanno subendo dei profondi cambiamenti che, partendo da una nuova necessità di carattere economico-finanziaria, hanno trovato nel loro percorso anche giustificazioni legislative, atte a delineare non solo un nuovo punto di arrivo, ma un nuovo modo di pensare il welfare.

Con la legge n. 328 del 2000, nota anche come 'legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali', sono stati introdotti nella Pubblica Amministrazione una serie di principi in grado di valorizzare una nuova modalità di operare basata sulla trasparenza, sull'efficienza e sulla vicinanza ai cittadini. Con l'art. 3, infatti, si prevede una

programmazione degli interventi e delle risorse, dell'operatività per progetti, della verifica sistematica dei risultati in termini di qualità e di efficacia delle prestazioni, nonché della valutazione di impatto di genere.

Come fa rilevare Carmine Clemente, l'importanza di questa legge consiste nell'aver delineato un sistema coordinato di interventi e prestazioni

nei diversi settori della vita sociale che permettano di unire servizi alla persona e alla famiglia [...] rendendo partecipi tutti gli attori che sono in grado di promuovere il benessere di persone e famiglie (2012, p. 59).

Sempre Clemente (2012) individua in questo impianto normativo tre funzioni: una di governo, una di produzione e, infine, una di promozione e tutela, che stimola la partecipazione attiva dei cittadini e delle associazioni.

Infatti, la legge n. 328 suggerisce che l'insieme dei principi in essa enunciati è attivato in funzione della

promozione della solidarietà sociale, con la valorizzazione delle iniziative delle persone, dei nuclei familiari, delle forme di auto aiuto e di reciprocità e della solidarietà organizzata.

L'intero impianto legislativo si indirizza, pertanto, verso la creazione di quella solidarietà sociale che, alla pari di quella politica ed economica, come recita l'art. 2 della Costituzione, rappresenta un dovere inderogabile dei cittadini.

Lo spirito del costituente, nel formulare questo articolo, di certo non è stato quello di bilanciare una certa quantità di diritti con altrettanti doveri, ma quello di evidenziare come tutti i cittadini sono legati tra loro da rapporti di solidarietà nel loro agire sociale. Il valore di tale obbligo morale, lo si evince dal fatto che esso non è soggetto ad alcuna sanzione, perché deve essere sentito da ogni cittadino che voglia considerarsi parte attiva di una collettività.

L'integrazione socio-sanitaria, che vede all'interno della sua struttura concettuale interagire con un unico obiettivo comune numerosi soggetti, con ruoli diversi e complementari, non può prescindere dalla diffusione e affermazione di una cultura solidaristica espressa a livello di comunità di luogo. La tutela della salute, la consapevolezza di un certo 'ben-essere', non è possibile se non attraverso la costruzione di una fitta rete di relazioni, che solo all'interno di una comunità solidale è possibile tessere.

2 Solidarietà come necessità

Dopo aver assistito, per decenni, alla lenta decostruzione dello stato sociale, in Italia, come nell'intera Comunità europea, si cerca ora di porre rimedio, cercando di individuare nuove forme di assistenza. In questi anni, i fautori di una politica neoliberista selvaggia hanno promosso l'iniziativa privata anche in ambito sanitario, come se fosse la 'panacea' per ogni problema sociale, correlandola alla solita litania che recitava con stanca monotonia: 'meno stato e più mercato', se possibile, senza regole. Nostro malgrado ci siamo resi conto che, insieme a tutto ciò, nella nostra vita si

sono insinuati anche nuovi modi di pensare i rapporti economici e di lavoro, fatti di precarietà, insicurezza, flessibilità, temi che sono diventati il basso continuo di una nuova melodia, alla quale abbiamo prestato passivamente il nostro ascolto.

Insieme a una nuova forma di individualismo, prettamente egoistico, è stato promosso anche un modo diverso di sentirsi parte di una collettività, che ha visto, al suo interno, emergere una forma di darwinismo sociale, che ha accentuato le differenze e le disuguaglianze sociali. Come se non bastasse, anche la crisi economica, da più di un lustro, sta contribuendo allo sgretolamento dei pilastri che reggevano quel patto generazionale fondato sulla solidarietà e responsabilità, che ha contraddistinto l'Occidente capitalista dal resto del mondo.

Oggi più che mai, per poter alleviare i forti disagi causati dalla crisi economica, sono necessari più welfare, più solidarietà, più responsabilità, ma ci sembra che sia stato smarrito il senso di queste parole.

Quando parliamo di solidarietà, come evidenzia efficacemente Costanzo Ranci, non possiamo fare a meno di considerarla come

un insieme di processi di tipo cooperativo attraverso cui un gruppo sociale si difende da minacce esterne e soddisfa i bisogni sociali fondamentali dei propri membri (2000, p. 195).

I motivi per cui gli individui si uniscono sarebbero da ricercare, dunque, nella consapevolezza che da soli non ci si riesce a difendere dalle insidie esterne. La solidarietà assume, pertanto, la valenza di forza aggregatrice in grado di garantire, all'interno del gruppo di appartenenza, un livello accettabile di convivenza civile, oltre a proficui scambi economici sostenuti dal consenso politico. Talcott Parsons (1996), invece, all'interno della sua complessa teorizzazione del sistema sociale, individua nella solidarietà un agire finalizzato alla salvaguardia dell'integrità del sistema stesso, che viene inteso come 'collettività'.

La solidarietà, secondo il sociologo americano, necessita di lealtà e fiducia, che trasformano l'orientamento valoriale dei soggetti in una «obbligazione istituzionalizzata dell'aspettativa di ruolo. Ed allora – prosegue Parsons – 'piaccia o meno' al soggetto agente, questo è obbligato ad agire in certi modi e rischia di incorrere in sanzioni negative se non lo fa» (pp. 104-105).

Non sempre, però, la solidarietà di una collettività può essere rappresentata come una chiusura verso gli 'altri', dai quali difendersi; infatti, come evidenzia Italo De Sandre, essa può assumere una dimensione «generativa», intesa in senso inclusivo nei riguardi dell'esterno, che così viene integrato e non è più escluso (1994, pp. 247-263). Ma, affinché si possa generare un sentimento di solidarietà all'interno di un gruppo sociale, è indispensabile che si radichi un'identità collettiva che limiti i confini di

appartenenza dagli altri. È proprio in virtù di questa identificazione sociale che la solidarietà si trasforma in una vera e propria assunzione di responsabilità collettiva, fatta di diritti e doveri, caratterizzati da una reciprocità che impedisce ai membri del gruppo di sottrarsi ai loro obblighi 'moralì', evitando comportamenti meramente opportunistici che potrebbero minare la coesione del gruppo (cfr. Weber 1999, pp. 45-46).

A ogni modo, secondo coloro che sostengono di spiegare razionalmente l'agire solidaristico, come Robert Axelrod, la solidarietà non si fonda solo su un assunto di tipo morale; infatti, gli attori sociali implicati in un gioco cooperativo percepiscono la massima utilità nello sviluppare una forte interdipendenza reciproca (cfr. Axelrod 1985). Fred Hirsch, dal canto suo, afferma che, affinché un comportamento solidaristico sia conveniente per gli attori sociali, non è affatto necessario che siano perseguiti obiettivi altruistici, ma è sufficiente che essi agiscano come se fossero altruisti (cfr. Hirsch 1981). Quindi, nella interpretazione di questi autori, la solidarietà diventa importante in quanto comportamento che appare indipendentemente dalle motivazioni che lo pongono in atto. Nei sistemi moderni di welfare si è affermato e sviluppato, sostanzialmente, questo tipo di solidarietà del tutto razionale che già Émile Durkheim, agli inizi del secolo scorso, aveva definito come solidarietà organica (cfr. Durkheim 1962).

Di recente si sta diffondendo e affermando una nuova forma di solidarietà fondata sul dono, che autori come Marcel Mauss (1965) e Jean-Louis Laville (1998) avevano già efficacemente descritto anni addietro. Questo tipo di solidarietà va oltre i concetti di reciprocità e cooperazione razionale, in quanto accentua il carattere gratuito del dare in modo del tutto unilaterale e asimmetrico, che è un comportamento tipico del volontariato sia laico che religioso. Nei prossimi anni, pertanto, sarà su questo tipo di solidarietà che la comunità di cura dovrà investire per realizzare, in concreto, quel progetto innovativo rappresentato dall'integrazione socio-sanitaria che, se non si fonda su valori sentiti e partecipati, rischia di restare una mera rappresentazione di buone intenzioni.

3 Il ritorno alla comunità

Nessuno di noi oggi riuscirebbe a immaginarsi una vita al di fuori della società, che vede nello Stato e nelle sue istituzioni una forma concreta di solidarietà, in grado di sostenere coloro che si trovano in un particolare stato di necessità. Il welfare state è servito a questo scopo dalla fine del secondo dopo guerra a oggi, seppur con qualche ritocco negli ultimi anni.

Il cittadino fuori dalla società non è più titolare di diritti, non può più pretendere aiuto, non è in grado di difendere i suoi beni, è lasciato solo. Nello stesso tempo, la società moderna post-industriale, per come si è evoluta, non sembra garantire più quei benefici ai quali i padri costituenti

fecero riferimento quando pensarono i fondamenti della Costituzione repubblicana. A fronte di uno Stato che si è fatto sempre più lontano, sempre più predatore, esattore intransigente di tributi, si ritorna a pensare alla comunità come aggregazione sociale, più prossima ai bisogni individuali e più protettiva. Nonostante questa nuova esigenza, non bisogna dimenticare che proprio l'evoluzione dalla comunità alla società ha segnato, comunque, un processo storico che si è dipanato, senza soluzione di continuità, dal medioevo a oggi. All'antica comunità medioevale, di tipo rurale, artigianale, corporativo, gerarchico e religioso, si è sostituita un'organizzazione sociale di tipo societario, urbano, industriale capitalistico, democratico e scientifico, che mostra di certo i suoi difetti e incongruenze, ma rappresenta una conquista di civiltà e di libertà, che ha consentito all'individuo di esprimere al meglio le sue potenzialità.

In un mondo sempre più insicuro, caratterizzato da una società all'interno della quale regna l'incertezza, siamo tentati di desiderare più comunità, perché ci infonde più sicurezza, attenuando così le nostre ansie e le nostre paure. Nello stesso tempo, essa rimane assente, se non del tutto, almeno nei suoi aspetti più importanti. La comunità è scomparsa quando si è creata un'altra comunità ben più allargata, globale, che ci ha resi più vicini, più prossimi; solo virtualmente però, perché in concreto ognuno è rimasto chiuso nel suo angolo di mondo, distaccato dalla sua comunità di appartenenza fondata su valori, tradizioni e abitudini sociali condivise.

Con la diffusione e l'affermazione dei new media, nel volgere di qualche anno, abbiamo assistito alla nascita di nuove aggregazioni, note come 'social network', all'interno delle quali si resta sconosciuti agli altri come a se stessi, perdendo lentamente la propria identità, acquisendone tante altre, del tutto virtuali. Luoghi, linguaggi, tradizioni a noi vicine sono finiti nello stesso contenitore, internet, dove si trova di tutto, dove tutto sembra uguale e tutto inutilmente vuoto. I contatti tra persone si sono moltiplicati all'inverosimile, di pari passo però non è aumentata la conoscenza reciproca, che rimane quasi sempre mediata e raramente diretta, per cui, quando ciò avviene, si prova un certo disagio per questa forma di relazione.

Questa ibridizzazione comunicativa, questa forma di estraniamento dal reale, prediligendo il virtuale, non ha fatto altro che depauperare i rapporti umani, che hanno perso parte della loro specificità, quella della vicinanza fisica. Però, quando ci si trova a combattere con la malattia, ecco allora che riappaiono i bisogni primari, che non sono più virtuali. Essi richiedono vicinanza fisica, attenzione, rispetto, affetto, comprensione, calore umano; tutto ciò non sempre è 'merce disponibile', visto che il mercato relazionale quotidiano non ne sente più la necessità, ne fa benissimo a meno.

L'umanizzazione e, quindi, anche la cura della persona sono frutti che si raccolgono solo se qualcuno ha avuto premura nel coltivarne la pianta un po' di tempo prima. Non si può pretendere di ricevere se prima non si dona. Da quando abbiamo reso i rapporti tra individui funzionali solo a un interes-

se, a una forma di utilitarismo, fin troppo razionale ed egoistico, abbiamo anche reso più difficili le relazioni di aiuto di medici, infermieri, familiari, amici e vicini di casa, perché è venuta meno la fiducia nell'altro, che continuiamo a immaginare che agisca solo per un suo particolare interesse.

Questo egocentrismo diffuso non garantisce più certezze, tutt'altro, alimenta invece insicurezza e disagio esistenziale. Zygmunt Bauman, da acuto osservatore dei mutamenti sociali del ventunesimo secolo, scrive a questo proposito:

l'insicurezza attanaglia tutti noi, immersi come siamo in un impalpabile e imprevedibile mondo fatto di liberalizzazione, flessibilità, competitività ed endemica incertezza, ma ciascuno di noi consuma la propria ansia da solo, vivendola come un problema individuale, il risultato di fallimenti personali e una sfida alle doti e capacità individuali. Siamo indotti a cercare [...] soluzioni personali a contraddizioni sistemiche; cerchiamo la salvezza individuale da problemi comuni (2001, p. V).

Quanto affermato da Bauman non deve fare altro che indurci a riflettere sul senso della nostra esistenza e sulla possibilità, nobile, che è data agli uomini, di aiutarsi reciprocamente.

Nell'introduzione al volume, *Voglia di comunità* (2001), Bauman evidenzia come la 'comunità' rappresenti ancora qualcosa di buono, laddove, invece, la 'società', è spesso accusata di essere generatrice di sofferenze e disagi. All'interno della comunità ci si sente abbracciati da un senso di tranquillità e sicurezza, perché, per il sociologo polacco, «la comprensione reciproca è garantita [...]. Nessuno dei suoi membri è un estraneo» (p. 4) e quindi noi possiamo contare tranquillamente sulla benevolenza e disponibilità di tutti. Non solo, ciò che più conta è che

nei momenti di tristezza ci sarà sempre qualcuno pronto a tenerci per mano; se inciampiamo in un brutto periodo o ci troviamo in un momento di bisogno, nessuno pretenderà una ricompensa per prestarci soccorso e tirarci fuori dai guai, né ci chiederà come e quando ci sdebiteremo, ma soltanto di cosa abbiamo bisogno (p. 4).

Tutto ciò sembrerebbe rendere la comunità un'ambita necessità, quando in effetti, secondo Bauman, essa non rappresenta altro che un mondo che desidereremmo avere a disposizione, ma che in realtà non c'è. O meglio, ci potrebbe anche essere, se fossimo disposti a rinunciare a qualcosa. Il prezzo che si deve pagare è la libertà. Perciò, si tratta di bilanciare la voglia di sicurezza con l'inevitabile perdita della libertà di essere se stessi, perché non è possibile ricevere il massimo della sicurezza, continuando a usufruire del massimo della libertà.

Ma quando parliamo di comunità a cosa ci riferiamo?

4 Uno sguardo sociologico alla comunità

Alla fine del diciannovesimo secolo Ferdinand Tönnies, con la pubblicazione del suo *Gemeinschaft und Gesellschaft* (Tönnies 2011), approfondì con una prima analisi sociologica la relazione tra ‘comunità’ e ‘società’. Il lavoro di Tönnies, a distanza di più di un secolo, rimane un classico della sociologia al quale è necessario fare riferimento per poter distinguere due processi storici, dando a ognuno la propria connotazione. La dicotomia tra società e comunità, così come viene presentata da Tönnies, vuole rimarcare la differenza tra lo Stato inteso come società, che paradossalmente agisce su se stessa, attraverso le proprie leggi, e la comunità sentita come espressione di normative di un passato che è sempre presente.

La differenza esistente tra le due realtà aggregative viene delineata in modo egregio dallo stesso Tönnies, quando si esprime dicendo che la società

muove dalla costruzione di una cerchia di uomini che, come nella comunità, vivono e abitano pacificamente l’uno accanto all’altro, ma che sono non già essenzialmente legati, bensì essenzialmente separati, rimanendo separati nonostante tutti i legami, mentre là rimangono legati nonostante tutte le separazioni (p. 64).

La società, secondo il sociologo tedesco, è potenzialmente in uno stato di quiete, anche se al suo interno vi sono forti tensioni del tipo ‘tutti contro tutti’. All’interno della società, così come viene considerata da Tönnies,

nessuno farà qualcosa per l’altro, nessuno vorrà concedere e dare qualcosa all’altro, se non in cambio di una prestazione o di una donazione reciproca che egli ritenga almeno pari alla sua. È anzi necessario che essa gli sia più gradita di ciò che avrebbe potuto ottenere per sé, poiché soltanto l’ottenimento di un oggetto che appare migliore lo indurrà a privarsi di un bene (p. 64).

Se queste sono le caratteristiche della società, alla quale tutti sentiamo cinicamente di appartenere, la comunità, invece, per dirla con le parole di Guy Rocher, «è formata da persone unite da legami naturali e spontanei i cui obiettivi comuni trascendono gli interessi particolari di ogni individuo» (1991, p. 186).

Quando parliamo di comunità non dobbiamo immaginare una sua unica rappresentazione ma, come ci suggerisce la ricerca di Tönnies, dobbiamo considerare le tre forme principali, che ancora oggi potremmo considerare valide e attuali. La forma più naturale di comunità è quella che Tönnies definisce ‘comunità di sangue’, che si identifica nella famiglia, nella parentela e nel clan. Segue la ‘comunità di luogo’, caratterizzata dalla con-

tiguità del vivere in spazi limitati, come piccoli villaggi o comunità rurali. Infine la 'comunità spirituale' fondata sull'amicizia, sulla concordia e sulla condivisione di sentimenti affettivi e religiosi.

Con la sua opera Tönnies non nasconderà le sue personali simpatie per le relazioni di carattere comunitario, che influenzeranno non poco la proliferazione di numerosi movimenti nazionalistici, compreso quello nazista. Durkheim (1962), dal canto suo, nei riguardi della comunità si esprimerà in modo abbastanza critico, ritenendola un'aggregazione ormai superata dalle nuove esigenze sociali, incentrate sulla nuova organizzazione del lavoro di tipo industriale capitalistico. Nel suo studio sulla divisione del lavoro e sulle ripercussioni di tipo sociale, Durkheim (1962) si sofferma sulle forme solidaristiche che tendono a concretizzarsi nelle comunità e nelle società moderne, mettendo in evidenza le loro profonde differenze.

All'interno di una comunità, secondo Durkheim, tende a costituirsi un tipo di solidarietà di tipo meccanico, in quanto essa

non consiste soltanto nell'attaccamento generale e indeterminato dell'individuo al gruppo, ma rende anche armoniche le singole parti dei movimenti. Infatti dato che i corpi collettivi in movimento si trovano ad essere ovunque i medesimi, essi producono anche dovunque gli stessi effetti. Ogni volta che entrano in gioco le volontà si muovono spontaneamente e in perfetto accordo nel medesimo senso (Durkheim 1962, p. 124).

Questa solidarietà - fa rilevare Durkheim - si esprime in modo preponderante nell'applicazione delle sanzioni previste dal codice penale ed è tipica di quelle società segmentarie «formate dalla ripetizione di aggregati simili, analoghi agli anelli del lombrico» (p. 126). Infatti, queste società isolate, in genere, sono costituite da clan, da famiglie i cui membri si considerano parenti, in quanto per la maggior parte sono uniti da legami di sangue, come già aveva messo in evidenza Tönnies qualche anno prima.

Anche Max Weber (1995), dal canto suo, si occuperà di comunità e ne tratterà le caratteristiche funzionali alla spiegazione dello sviluppo economico della società moderna. A questo proposito, nella sua opera *Economia e società*, il pensatore tedesco tratterà di comunità domestiche, di comunità di vicinato, di gruppo parentale, di comunità politica, di comunità etniche e di culto, identificate come vere e proprie sette. In Weber, come in Durkheim, la comunità rappresenta un punto di partenza, un momento di aggregazione che porterà, inevitabilmente, alla sua negazione per costruire qualcosa di più complesso: la società. Già nell'Ottocento Herbert Spencer aveva immaginato l'evoluzione sociale simile a quella degli esseri viventi, che, partendo da forme semplici, via via si è articolata in forme sempre più complesse, in grado di reggersi su un equilibrio sistemico molto delicato.

Per uno dei più importanti sociologi della scuola di Chicago, Robert E. Park, la comunità non è solo un

insieme di persone che occupano un'area più o meno chiaramente determinata. Ma una comunità è qualcosa di più: non è soltanto un insieme di persone, ma è pure un insieme di istituzioni. Non sono le persone, bensì le istituzioni, che in ultima analisi distinguono nettamente la comunità dalle altre costellazioni sociali (Park, Burgess, McKenzie 1999, p. 102).

Tra le istituzioni elencate da Park, oltre alle famiglie, troviamo: le chiese, le scuole, i parchi di divertimento, il municipio, il teatro locale, le imprese commerciali e industriali. Negli studi condotti da Park e dai suoi colleghi emerge un particolare che può essere ritenuto ancora attuale: i professionisti presenti in una comunità sono impegnati

nella limitata area di esperienza umana in cui hanno scelto di operare, ma profondamente indifferenti agli interessi della particolare area geografica in cui risiedono (p. 101).

Chi coltiva le relazioni e conosce le esigenze della comunità del luogo, secondo Park, sono le persone semplici o gli immigrati. Le persone competenti

per la maggior parte del tempo sono spesso assenti o fisicamente o moralmente. Essi vivono in città, in ufficio o al circolo, e vanno a casa soltanto per dormire (p. 101).

Come mai le nostre comunità somigliano molto a questa realtà descritta circa un secolo fa dai sociologi della scuola di Chicago?

Un autore che, verso la fine degli anni Novanta del secolo scorso, riproporrà il tema della comunità e della sua valenza sociale sarà Anthony Giddens. Il sociologo inglese nel suo manifesto per la rifondazione socialdemocratica, attraverso una 'terza via' sostenuta dal governo laburista di Tony Blair, dichiara guerra alla criminalità e alle sue cause. La riflessione di Giddens parte da una constatazione, che riguarda appunto l'allarmante diffusione della criminalità nella società inglese. Per prevenire il crimine e ridurre così la paura dei cittadini più deboli, secondo Giddens, non basta aumentare le stazioni di polizia, ma è necessario rigenerare le comunità locali. Se certi quartieri di una città diventano insicuri, i luoghi pubblici sempre più deserti e abbandonati a se stessi, per il sociologo inglese, ci saranno cittadini sempre più impauriti, inermi, che

si tengono lontani dalle strade, [...] riducono le loro attività e i propri rapporti sociali normali. Man mano che si ritirano fisicamente, si ritirano

anche dai ruoli di reciproco aiuto verso i loro concittadini, rinunciando in tal modo a quei controlli sociali che in precedenza contribuivano a mantenere comportamenti civili all'interno della comunità (1999, p. 89).

La comunità, quindi, torna a diventare quell'occhio sempre vigile che porta a inibire certi comportamenti individuali, recuperando e difendendo parte di quei valori dimenticati, che si incentravano sul rispetto e sui doveri.

5 Educare alla comunità

In questa operazione di *repechage*, se non si è attenti, si potrebbe correre il rischio di riportare le lancette dell'orologio indietro nel tempo. Ritornare a quando la comunità, con la difesa del suo conformismo, controllava fin troppo la vita di tutti, giungendo a stigmatizzare coloro che non erano disposti a finire sul 'letto di Procuste', alimentando, in questo modo, nuovi e inevitabili fenomeni di devianza sociale.

Oggi è forse più importante ritornare a coltivare la sicurezza individuale, attraverso la collaborazione, la solidarietà, la mutua responsabilità, affinché il principio di libertà, fondamento di ogni democrazia, possa ancora essere intesa come libertà dal bisogno.

In un saggio, molto interessante, dal titolo *Individualism och gemenskap* (Ryn 1986), lo svedese Claes G. Ryn, docente di Scienza dello Stato alla Catholic University of America di Washington, analizza come la natura sociale dell'uomo si manifesta nelle associazioni, che con le loro attività tendono a canalizzare lo spirito di iniziativa di ogni singolo individuo verso il bene comune. Ryn mette in evidenza come individualismo e libertà, i valori fondanti del liberismo, non possono essere coniugati se non in funzione della causa della comunità, perché tra individualismo e comunità, se intesi in maniera corretta, non vi è conflitto, bensì interazione.

Nel voler precisare il contenuto concreto della parola 'comunità', Ryn afferma che essa vuol dire «prima di tutto vivere insieme a determinate persone, in raggruppamenti che sono lungi dall'essere globali o nazionali» (Ryn 1986, p. 39). La natura sociale dell'uomo, infatti, secondo il sociologo americano Robert Nisbet (2012), si manifesta principalmente nei «corpi intermedi», ovvero in quella gamma di associazioni, che vanno dalle associazioni di quartiere alle Chiese, dai club alle associazioni professionali e di lavoro, che con la loro indipendenza fanno da cuscinetto tra l'individuo e lo Stato. Oltre alla famiglia, che è sentita come la forma più intima e significativa del contatto umano, è in queste associazioni che gli individui sentono di essere notati e di essere apprezzati come persone.

Quest'attitudine alla cooperazione che caratterizza, secondo Ryn, l'indipendenza personale, viene coltivata fin dall'infanzia con un'intensa attività di gruppo, finalizzata a una profonda socializzazione primaria e secondaria

attraverso lo scoutismo, lo sport di squadra, le orchestre scolastiche, i gruppi teatrali amatoriali. Questo stare in continuo contatto con gli altri educa a tener conto degli altri, perché «se si vuol rimanere un individuo rispettato nel proprio ambiente, è il caso di mostrare rispetto e premura» (p. 41). Di diverso tenore è l'analisi che effettua Richard Sennett sulla voglia di comunità, partendo proprio dalla critica delle tesi di Nisbet e di de Tocqueville. Secondo Sennett, le comunità possono portare il loro contributo positivo al miglioramento della qualità della vita solo se saranno aiutate economicamente, perché

La speranza dei conservatori sociali di sostituire l'intervento dello stato con l'azione del volontariato locale è minata da un analogo dato di fatto economico. Se una comunità locale è lasciata senza finanziamenti, diventa sempre più difficile che la gente si impegni nel volontariato. Il motivo è semplice: quando le casse sono vuote, le organizzazioni locali sono obbligate a operare sempre nuovi tagli (Sennett 2012, pp. 276-277).

Sennett tende a ridimensionare il ruolo del volontariato, così come anche quello della comunità, non perché non creda a un loro rilancio, ma semplicemente perché non condivide l'impostazione data dai neoconservatori come Nisbet, che pretendono di fare di più con sempre meno risorse.

Ciò che ci interessa mettere in evidenza, a questo punto, è che non è facile riconsiderare la comunità come un'entità sociale in grado di venire incontro alle esigenze più prossime del cittadino, se mancano le fondamenta culturali, che, come abbiamo visto, pur muovendosi da presupposti apparentemente egoistici, si sviluppano in altra direzione. Per queste ragioni, il legame tra l'individualismo coscienzioso e un'attività comunitaria ricca di iniziative rimane un attributo tipico della cultura statunitense, che diverge, notevolmente, da quella europea e, in particolare, da quella italiana. Se anche da noi si è molto sviluppata, ultimamente, una rete di solidarietà, che si attiva in caso di calamità, in genere siamo soliti pensare che debba essere lo Stato a intervenire in primo luogo. La maggior parte degli americani, invece, secondo Ryn, senza nemmeno doverci pensare, si sente personalmente responsabile nei riguardi delle persone più prossime che versano in condizioni di disagio.

Ecco allora che ripensare la dimensione comunitaria in funzione della tutela della salute vuol dire anche allontanarsi dall'idea di società e quindi di Stato burocratico lento, tanto nelle decisioni quanto nell'agire. La dimensione comunitaria implica la diretta responsabilità nei confronti di chi ha bisogno, implica il diretto coinvolgimento per le proprie capacità e per il proprio ruolo. Le comunità, pertanto, devono impegnarsi nel tutelare l'ambiente, il territorio, la salubrità dell'aria che si respira, dell'acqua che disseta, la genuinità dei prodotti alimentari. Questo sentirsi responsabili anche dell'esistenza dignitosa degli altri non può che migliorare il livello

della qualità della vita dell'intera comunità, favorendo così quella integrazione socio-sanitaria che altrimenti rischia di diventare una 'struttura' che non ha 'cultura'.

In questa cornice ben si adatta l'immagine di una 'comunità di destino' che, come la definisce Eugenio Borgna,

«vuole tematizzare una visione del mondo [...] nella quale si esca dalla nostra individualità, dai confini del nostro egoismo e non si rivive il dolore, la sofferenza altrui, come qualcosa che non ci interessi, come qualcosa che non ci appartenga» (Bonomi, Borgna 2011, p. 14.).

In questa nuova visione di comunità, che sembra subito superare i confini tracciati da un individualismo cinico e radicale, tipico, come abbiamo visto, della nostra cultura, si mette in comune il proprio destino per poterne fare un unico grande progetto di solidarietà. Solo così si può dare vita a

una comunità solo visibile agli occhi del cuore, quando ciascuno di noi sappia sentire e vivere il destino di dolore, di angoscia, di sofferenza, di disperazione, di gioia e di speranza dell'altro come se fosse, almeno in parte, anche il proprio destino: il destino di ciascuno di noi (Bonomi, Borgna 2011, pp. 14-15).

Per giungere a considerare la nascita di una tale comunità è importante condividere l'idea di sentire l'altro, diverso da sé, ma nello stesso tempo anche il riflesso di se stessi, nel quale ritrovare le proprie inquietudini, le proprie sofferenze. Per questa ragione Borgna ribadisce che

Orientarsi nella costruzione di una comunità di destino, nel dolore e nella gioia, nella paura e nella speranza, significa sapersi immedesimare nel mondo emozionale dell'altro (Bonomi, Borgna 2011, p. 15).

Anche nell'ambito sanitario della cura della salute è possibile ripensare la comunità come un'aggregazione sociale in grado di curare se stessa, riscoprendo una solidarietà umanitaria, che va oltre quella meccanica e organica individuate da Durkheim. La comunità di cura, pertanto, non potrà essere sentita tale se non si riusciranno a coinvolgere anche le professioni d'aiuto, che vanno dall'insegnante allo psichiatra, dal medico all'infermiere, dall'educatore all'assistente sociale, dal filosofo al religioso. Questo universo così composito, in grado di interagire partendo dalle proprie competenze, rappresenta le fondamenta di quel sistema integrato socio-sanitario, voluto dal legislatore.

Una comunità, così intesa, assume un ruolo nuovo, quello di vera protagonista, in grado di porgere sostegno a coloro che ne hanno bisogno, prima ancora che venga richiesto.

Per questa ragione, è fondamentale che all'interno della *polis*, intesa appunto come comunità, si attivi un confronto continuo tra l'*ecclesia* istituzionale e l'*oikos* familiare, all'interno di una nuova *agorà*, intesa non solo come spazio aperto, ma anche come luogo dove è possibile dibattere sulle problematiche delle politiche sociali con i diretti interessati alla ricerca di soluzioni innovative.

Bibliografia

- Axelrod, R. (1985). *Giochi di reciprocità: L'insorgenza della cooperazione*. Milano: Feltrinelli.
- Bauman, Z. (2001). *Voglia di comunità*. Roma; Bari: Laterza.
- Bonomi, A., Borgna, E. (2011). *Elogio della depressione*. Torino: Einaudi.
- Clemente, C. (2012). *Welfare e sistemi integrati di salute*. Calimera (Le): Kurumuny.
- De Sandre, I. (1994). «Solidarietà». *Rassegna Italiana di Sociologia*, 35 (2).
- De Tocqueville, A. (1992). *La democrazia in America*. Milano: Rizzoli.
- Durkheim, E. (1962). *La divisione del lavoro sociale*. Milano: Edizioni di Comunità.
- Giddens, A. (1999). *La terza via*. Milano: il Saggiatore.
- Hirsch, F. (1981). *I limiti sociali allo sviluppo*. Milano: Bompiani.
- Laville, J.L. (1998). *L'economia solidale*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Mauss, M. (1965). «Saggio sul dono». In: *Teoria generale della magia e altri saggi*. Torino: Einaudi, pp. 155-292.
- Nisbet, R. (2012). *Conservatorismo: sogno e realtà*. Soveria Mannelli (Cz): Rubettino.
- Park, R.E.; Burgess, E.W.; McKenzie, R.D. (1999). *La città*. Torino: Edizioni di Comunità.
- Parsons, T. (1996). *Il sistema sociale*. Milano: Edizioni di Comunità.
- Ranci, C. (2000). «Solidarietà». In: Melucci, A. (a cura di), *Parole chiave*. Roma: Carocci editore.
- Rocher, G. (1991). *Introduzione alla sociologia generale*. Milano: Sugarco.
- Ryn, C.G. (1986). *Individualism och gemenskap*. Stockholm: Samhällsgemenskaps Förlag. Trad. it.: «Uno stato per la comunità». *Percorsi di Politica, Cultura, Economia*.
- Sennett, R. (2012). *Insieme*. Milano: Feltrinelli.
- Tönnies, F. (2011). *Comunità e società*. Roma; Bari: Laterza.
- Weber, M. (1995). *Economia e società*, vol. 2. Milano: Edizioni di Comunità.
- Weber, M. (1999). *Economia e società*, vol. 1. Torino: Edizioni di Comunità.

Appendice

Storia della SISS

La Società Italiana di Sociologia della Salute (SISS) promuove, nell'ambito dei processi di sviluppo e di modificazione del welfare sanitario e sociale, il contributo conoscitivo, metodologico e operativo della sociologia della salute, a livello accademico e professionale, sui temi e problemi che concernono:

- a. la salute e la malattia nelle loro dimensioni epistemologiche;
- b. il benessere e la qualità della vita insieme alle diverse culture e ai diversi comportamenti e atteggiamenti che li informano;
- c. l'umanizzazione, la personalizzazione dei servizi sanitari e sociali e la loro valutazione di qualità;
- d. l'assetto e lo sviluppo dei modelli organizzativi delle aziende sanitarie e dei servizi sanitari e sociali pubblici e privati;
- e. il mutamento sociale e le diverse forme d'anomia e di devianza che possono determinare comportamenti di dipendenza e d'abuso, nonché rischi per la salute individuale e collettiva;
- f. le professioni e i sistemi sanitari e sociali, valutati anche in modo comparativo nella realtà italiana e internazionale;
- g. le disuguaglianze sociali nello stato di salute e nell'accesso alle cure sanitarie e ai servizi sociali;
- h. l'evoluzione dei bisogni sociosanitari a seguito dello sviluppo delle bioscienze e delle biotecnologie;
- i. la bioetica e la relazione curativa anche con riferimento alle medicine non convenzionali.

La SISS si impegna a conseguire il più ampio riconoscimento sociale e normativo e la tutela delle attività proprie della professione di sociologo della salute, in ambito accademico e in ambito professionale.

Per ulteriori informazioni potete consultare il sito:

<http://www.sociologiadellasalute.org/>.

Le sfide della società italiana tra crisi strutturali e social innovation

a cura di Alessandra Sannella e Franco Toniolo

Profili degli Autori

Leonardo **Altieri** insegna Metodologia della Ricerca Sociale e Metodi e Tecniche di Valutazione presso l'Università di Bologna. È stato membro del Nucleo di Valutazione del suo Ateneo. Tra le pubblicazioni segnaliamo *Valutazione e Partecipazione: Metodologia per una ricerca interattiva e negoziale* (2009).

Anna **Apicella** è responsabile dell'Ufficio qualità PO Levante e territorio SSD qualità e governo clinico ASL 2 Savonese. Si è laureata in Sociologia presso La Sapienza Università di Roma e perfezionata in Sociologia della salute presso l'Università di Bologna, insegna all'Università degli Studi di Genova. È consulente sociologa per progetti di ricerca ministeriali, regionali e comunali, responsabile scientifico e formatrice in numerosi eventi formativi sui temi della gestione qualità, gestione rischio clinico, audit clinico, PDTA, Benessere organizzativo e non technical skills.

Angelita **Castellani** è psicologa, specializzata in Psicologia della salute presso La Sapienza Università di Roma.

Silvia **Cervia** è dottoressa di ricerca in Sociologia, ricercatrice in Sociologia dei processi culturali e comunicativi presso il Dipartimento di Scienze politiche dell'Università di Pisa. Si occupa principalmente di pratiche partecipative in ambito sanitario e di gender studies. Tra le più recenti pubblicazioni ricordiamo: *La partecipazione dei cittadini in Sanità* (2014).

Carmine **Clemente** è presidente SISS 2012-2015 e autore di diverse pubblicazioni sui temi della salute. È ricercatore, docente di Sociologia e coordinatore di un master di I livello presso l'Università degli Studi di Bari «Aldo Moro».

Luigi **Colaïanni** è PhD, assistente sociale specialista e sociologo. È attivo presso il Dipartimento di Neuroscienze e salute mentale, Fondazione Policlinico di Milano e il Laboratorio di Metodologia di analisi dei dati informatizzati testuali dell'Università degli Studi di Padova.

Alessandro **Colombo** è direttore generale e direttore di Funzione specialistica relazioni esterne e sanità, Éupolis Lombardia.

Barbara **Cordella** è psicologa, psicoterapeuta, ricercatrice presso il Dipartimento di Psicologia dinamica e clinica, docente della Scuola di dottorato in Metodi di ricerca per l'analisi del mutamento socio-economico presso La Sapienza Università di Roma.

Cleto **Corposanto** è professore ordinario di Sociologia presso l'Università degli Studi «Magna Graecia» di Catanzaro. È coordinatore scientifico nazionale della sezione di Salute e medicina dell'AIS (Associazione Italiana Sociologia). Si occupa di metodologia e tecniche di ricerca e di implicazioni sociali della salute/malattia.

Natalia **De Nigris** è psicologa. Si è specializzata in Psicologia della Salute presso La Sapienza Università di Roma ed è la responsabile della progettazione presso l'associazione Il sentiero dorato ONLUS.

Maria Grazia **De Biasi** senatrice dalle ultime elezioni, è presidente della Commissione Igiene e sanità di Palazzo Madama. Accanto ai numerosi aspetti relativi all'importante e delicato settore della sanità, tra i temi di cui si è finora occupata figurano in particolare le problematiche legate alle patologie derivanti dal gioco d'azzardo e alla sperimentazione animale.

Maria Grazia **De Vivo** ha conseguito la laurea magistrale in Sociologia e politiche per il territorio. Suoi campi di interesse sono le tematiche inerenti alla salute degli individui con attenzione ai diversamente abili, alle differenze di genere, alle vittime di stalking-mobbing, all'integrazione dei servizi socio-sanitari nei casi di calamità naturali e all'inserimento della figura del sociologo negli elenchi dei consulenti tecnici d'ufficio (CTU) presso i tribunali.

Rocco **Di Santo** è sociologo della salute e referente dell'area welfare dell'ENFOR (Ente di Formazione Professionale di Policoro, Matera). È l'autore del volume *Sociologia della disabilità: Teorie, modelli, attori e istituzioni* (2013).

Lucia **Ferrara** è PhD candidate all'Università degli Studi di Bari «Aldo Moro».

Maria **Femiano** è sociologo dirigente e direttore della Struttura complessa integrazione socio-sanitaria della ASL Napoli 2 Nord. Esperta di programmazione, progettazione e start-up di interventi (servizi socio-sanitari e di formazione in ambito sociosanitario), ha come sua area di ricerca l'individuazione e implementazione di un sistema di accesso unitario alla rete dei servizi socio-sanitari integrati della persona con disabilità.

Giovanni **Fiore** è medico internista specializzato in alcologia, già direttore dell'Unità Operativa Complesso (UOC) del Dipartimento Dipendenze patologiche, ASL di Bari. Si interessa di medicina sociale e di epatopatie alcol-correlate.

Francesca **Greco** è psicologa, dottoranda presso la Scuola di Dottorato in Metodi di ricerca per l'analisi del mutamento socio-economico del Dipartimento di Scienze sociali ed economiche presso La Sapienza Università di Roma.

Pietro Paolo **Guzzo** è dottore di ricerca, consigliere nazionale SISS, UO Formazione e qualità dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza, collaboratore di ricerca del CRISP (Centro di Ricerca Interdipartimentale sui Sistemi Sanitari e Politiche di Welfare) presso l'Università degli Studi «Magna Graecia» di Catanzaro, già professore a contratto delle Università degli Studi di Palermo e della Calabria.

Nadia **Lodi** è sociologa specializzata in Sociologia sanitaria, iscritta alla SISS. Già funzionario amministrativo presso l'AUSL di Modena, è impegnata da anni nell'associazione cattolica femminile CIF (Centro Italiano Femminile) di cui è presidente regionale.

Tiziana **Mangarella** sociologa, svolge attività di ricerca, valutazione e formazione. Collabora con enti pubblici e non profit, occupandosi di politiche sociosanitarie, prevenzione del disagio e contrasto agli stereotipi di genere. È coautrice e curatrice del volume *Di che genere sei?: Prevenire il bullismo sessista e omotransfobico* (2014).

Pasquale **Marino** è sociologo libero professionista. Esperto di marketing e comunicazione in farmacia, è da anni consulente sui temi relativi alle strutture organizzative, valutatore della qualità dei servizi socio-sanitari e formatore presso aziende private.

Beba **Molinari** dottore di ricerca in Sociologia, è assegnista di ricerca presso l'Università degli Studi di Genova. Si occupa principalmente di sociologia della salute, con una particolare attenzione alla qualità della vita, al terzo settore e alla metodologia della ricerca sociale.

Verdiana **Morando** è PhD, Research Fellow, CERGIS presso l'Università Commerciale «Luigi Bocconi» di Milano.

Giulia **Palazzolo** si è laureata a Pisa, ha conseguito il dottorato di ricerca in Economia aziendale presso l'Università Politecnica delle Marche. I suoi interessi di studio riguardano le tematiche organizzative in ambito sanitario. Ha partecipato a convegni e workshop in qualità di relatrice e pubblicato saggi su innovazione e sanità.

Roberta **Pelliccia** è sociologa, titolare di borsa di studio presso l'ASL Napoli 2 Nord. È esperta in materia socio-sanitaria, con particolare interesse alle aree della fragilità e non autosufficienza, della prevenzione dei disturbi comportamentali in adolescenza.

Claudio **Poggi** è sociologo sanitario e dirigente dell'Osservatorio del Dipartimento Dipendenze Patologiche, ASL Bari. Si occupa di epidemiologia e ricerca sociale applicate alle dipendenze patologiche, di prevenzione in ambito scolastico e di comunità.

Alessandra **Sannella** è ricercatrice presso l'Università di Cassino e del Lazio Meridionale, dove insegna Sociologia e Politiche sociali. I suoi interessi scientifici riguardano prevalentemente le migrazioni internazionali, la salute e le policy di global health. Ha coordinato ricerche sul campo in tema di sociologia della salute. È autrice di numerosi articoli in riviste e volumi collettanei, per FrancoAngeli ha pubblicato: *Sulle orme di Endimione: Una riflessione sociologica sull'eutanasia* (2003); *Salute transculturale* (2010).

Antonello **Taranto** è psichiatra e direttore del Dipartimento Dipendenze patologiche, ASL di Bari. I suoi ambiti di ricerca sono prevalentemente orientati all'approccio psicodinamico nella cura delle dipendenze patologiche.

Franco **Toniolo** vicepresidente SISS, si è laureato in Sociologia all'Università degli Studi di Trento e specializzato in Diritto amministrativo e scienza dell'amministrazione all'Università di Bologna. Dal 1995 al 2005 è stato direttore generale Area Sanità e sociale della Regione del Veneto, nonché responsabile della Segreteria tecnica unica delle Commissioni degli Assessori alla Sanità e ai servizi sociali nell'ambito della Conferenza delle Regioni. Dal 1999 al 2005 è stato presidente dell'AGENAS (Agenzia Nazionale per i Servizi sanitari regionali). Dal 2006 al 2012 si è occupato di formazione manageriale. Attualmente in quiescenza, libero professionista.

Giuseppe **Tribuzio** è dottorando di ricerca in Scienze delle relazioni umane presso l'Università degli Studi di Bari «Aldo Moro». Tra le sue pubblicazioni: *Le sfide dell'Asia: Modelli educativi a confronto* (2003); *L'educazione che non c'è* (2006); *In nome del padre* (2010); *Camice bianco in cerca di colori* (2013); *Judo: Educazione e società* (2014).

Il testo affronta il delicato tema della crisi economica e sociale analizzando le ricadute sui sistemi sanitari e sui cittadini in termini di equità e di umanizzazione delle cure, alla luce dell'attuale scenario socio-sanitario generato (anche) dalla digital society. Sono raccolti qui i contributi di esperti del mondo del lavoro e dell'università presentati in occasione del Convegno organizzato dalla Società Italiana di Sociologia della Salute (SISS), tenutosi a Roma il 29 maggio 2014. Cardini della riflessione sono la social innovation, la 'crisi del sistema' e la possibilità di un suo superamento: quali sono le modifiche attuabili in futuro per ridurre la complessità del 'sistema sanitario' in epoca di deterritorializzazione delle strutture sanitarie e di digital m-care?



Università
Ca'Foscari
Venezia

